



TIEDOSTA ARVIOINTIIN

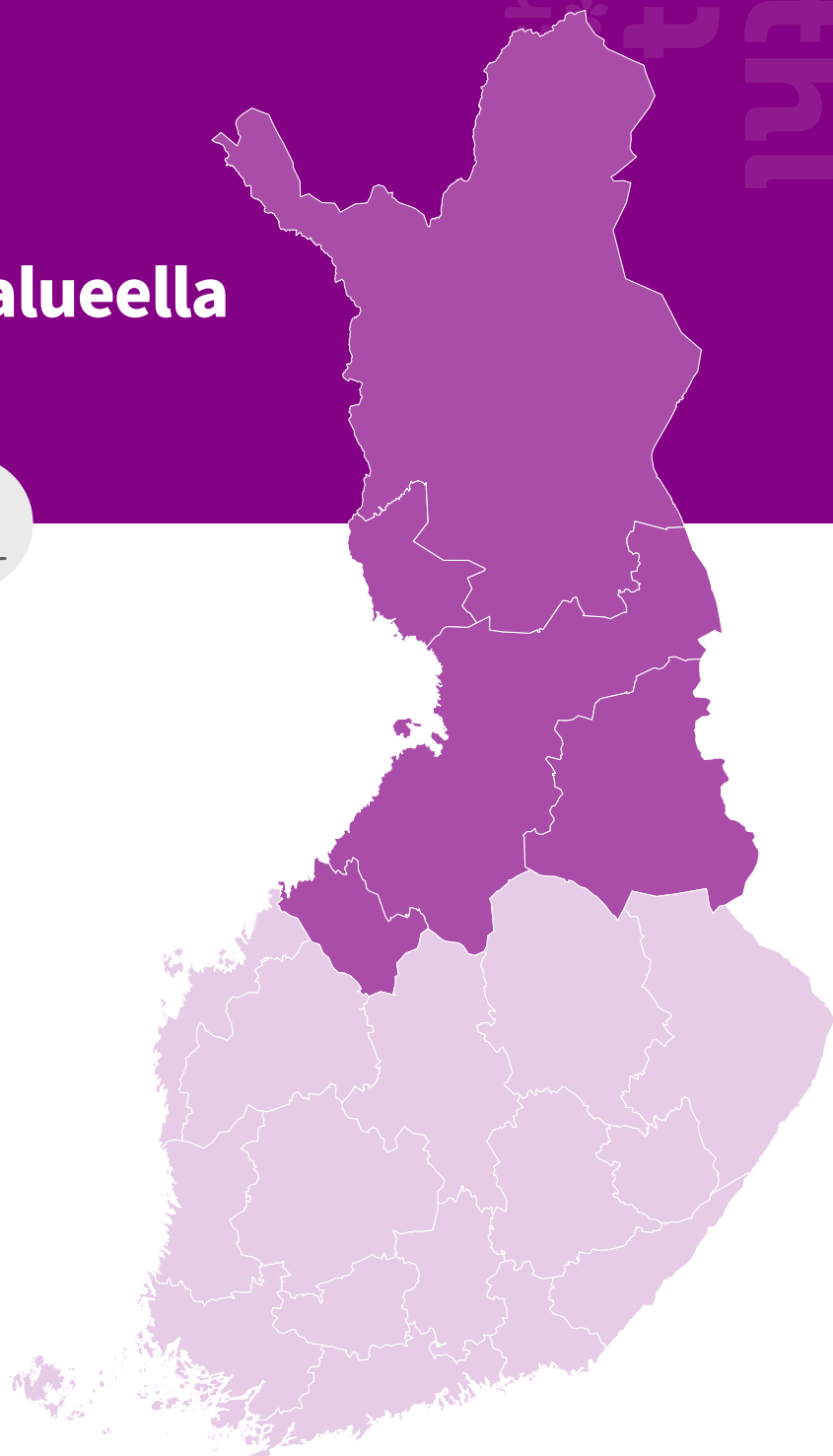
tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali- ja terveyspalvelut OYS-erityisvastuualueella 2019

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 8/2020



Pohjois-Pohjanmaa
Kainuu
Keski-Pohjanmaa
Lappi ja Länsi-Pohja
Mellersta Österbotten



THL:n asiantuntijaryhmä

Arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut tietoylijohtaja, professori **Pekka Rissanen**.

Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet:

Tiina Hetemaa, Pohjois-Pohjanmaa, Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi ja Länsi-Pohja

Ritva Kannisto, Pohjois-Savo, Etelä-Savo, Itä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala

Nina Knape, Helsinki ja Uusimaa, Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme

Hannele Ridanpää, Varsinais-Suomi, Satakunta, Vaasan alue

Eija Rintala, Pirkanmaa, Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme

Tehtäväkokonaisuuksien ja ulottuvuuksien arvioinnin asiantuntijaryhmien vastuuhenkilöinä ovat toimineet:

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

johtava asiantuntija **Anne Lounamaa**

Ikääntyneiden palvelut

tutkimuspäällikkö **Minna-Liisa Luoma**

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

johtava asiantuntija **Arja Hastrup**

Mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä työikäisten sosiaalipalvelut

tutkimusprofessori **Jaana Suvisaari**

erityisasiantuntija **Eeva Liukko**

kehittämispäällikkö **Airi Partanen**

Perusterveydenhuolto

ylilääkäri **Anu Niemi**

Rahoitus ja kustannukset

tutkimuspäällikkö **Mikko Peltola**

Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito

kehittämispäällikkö **Pirjo Häkkinen**

Suun terveydenhuolto

terveydenhuollon asiantuntijahammaslääkäri **Ulla Harjunmaa**

Terveydensuojelu

johtava asiantuntija **Jari Jalava**

Vammaisten palvelut

johtava asiantuntija **Päivi Nurmi-Koikkalainen**

Lisäksi arvioinnin laatimisen tukena ovat toimineet viestintäpäällikkö **Jari Kirsilä**, asiantuntija **Tuuli Suomela**, suunnittelija **Päivi Kiuru**, tutkimusassistentti **Juliaana Nauha** ja lukuisat muut eri alojen asiantuntijat Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta

Päätösten tueksi 8/2020i

ISBN (painettu) 978-952-343-563-6

ISSN (painettu) 1799-3938

ISBN (verkko) 978-952-343-564-3

ISSN (verkko) 1799-3946

URN:ISBN:978-952-343-564-3

Sisällys

Arvioinnin taustaa	5
1 Väestötekijät ja järjestämistehtävän yleiset edellytykset	7
1.1 Väestötekijät ja sairastavuus	7
1.2 Palvelujen järjestäminen	7
2 Pohjois-Pohjanmaa	11
2.1 Asiantuntija-arvio	11
2.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset	13
2.3 Keskeiset seurantatulokset	13
2.4 Perustason mielenterveyspalvelujen saatavuus ja laatu	16
2.5 Ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen integraatio	18
2.6 Ikääntyneiden palvelukokonaisuuksien kehittämistoimet oikea-aikaisten ja tarpeen mukaisten palvelujen saatavuuden varmistamiseksi	19
2.7 Peruspalvelujen saatavuus: Perusterveydenhuolto ja suun terveydenhuolto	20
3 Kainuu	22
3.1 Asiantuntija-arvio	22
3.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset	24
3.3 Keskeiset seurantatulokset	24
3.4 Perustason mielenterveyspalvelujen saatavuus ja laatu	27
3.4 Ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen integraatio	29
3.6 Perusterveydenhuollon palvelujen saatavuus, yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa palvelutarpeeseen vastaamiseksi ja toimenpiteet riittävän ja ammattitaitoisen henkilöstön varmistamiseksi	30
3.7 Toimenpiteet lasten, nuorten ja perheiden varhaisen tuen ja ennaltaehkäisevien palvelujen saatavuuden vahvistamiseksi, myös hyte-yhteistyö	31
4 Keski-Pohjanmaa	33
4.1 Asiantuntija-arvio	33
4.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset	35
4.3 Keskeiset seurantatulokset	35
4.4 Perustason mielenterveyspalvelujen saatavuus ja laatu	37
4.5 Ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen integraatio	39
4.6 Ikääntyneiden palvelujen saatavuus ja riittävyys suhteessa palvelutarpeisiin sekä kotona asumista tukevien palvelujen kehittämistoimet	41
4.7 Peruspalvelujen saatavuus: Perusterveydenhuolto ja suun terveydenhuolto	42

5	Lappi ja Länsi-Pohja	44
5.1	Asiantuntija-arvio	44
5.2	Sosiaali- ja terveystalvelujen rahoitus ja kustannukset	46
5.3	Keskeiset suoriutumiskytytulokset	46
5.4	Perustason mielenterveystalvelujen saatavuus ja laatu	49
5.5	Ikääntyneiden talvelujen ja terveystalvelujen integraatio	51
5.6	Mielenterveys- ja päihdetalvelujen sekä ennaltaehkäisevien talvelujen saatavuus ja vaikuttavuuden parantaminen	53
5.7	Talveluverkon ja talvelurakenteen uudistamistoimet suhteessa alueen väestön yhdenvertaiseen talvelujen saatavuuteen	54
	Äššedovdiárvvoštallan	56
	Äššitobdeearvuštállâm	58
	Äšštobddiarvvlös	60
6	Befolkningsfaktorer och allmänna förutsättningar för att ordna tjänster	62
6.1	Befolkningsfaktorer och sjuklighet	62
6.2	Ordnande av tjänster	62
7	Mellersta Österbotten	67
7.1	Expertutvärdering	67
7.2	Social- och hälsovårdens finansiering och kostnader	69
7.3	Centralla uppföljningsresultat	69
7.4	Tillgång och kvalitet på mentalvårdstjänster på basnivå	72
7.5	Integration av tjänster för äldre och hälso- och sjukvårdstjänster	73
7.6	Tillgången till tjänster för äldre och tjänsternas tillräcklighet i relation till servicebehovet samt åtgärder för att utveckla tjänster som stödjer boende hemma	75
7.7	Tillgången till basservice: Primärvård och munhälsovård	76
	Menetelmät ja laatuseloste	78
	Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	80
	Liitteet	83

Seuranta ja arviointi tukevat alueellista ja kansallista kehittämistyötä

Tavoitteena on, että asiantuntija-arvioinnit tukevat ja auttavat paitsi ministeriöiden ohjaustehtävää, myös maan eri osissa käynnissä olevaa sote-palvelujen kehittämistä tarjoamalla alueittaisesti vertailukelpoisen tilannekuvan palvelujärjestelmän suoriutumisesta.

Kiitämme lämpimästi OYS-ervan alueiden yhteyshenkilöitä ja asiantuntijoita erinomaisesta yhteistyöstä ja THL:n, Valviran ja aluehallintovirastojen asiantuntijoita arvokkaasta panoksesta sote-järjestämistehtävien onnistumisen arvioinnissa.

Helsingissä 16.11.2020

Tiina Hetemaa

Arviointipäällikkö

Pekka Rissanen

Tietoylijohtaja

Väestötekijät ja järjestämistehtävän yleiset edellytykset

1.1 Väestötekijät ja sairastavuus

Alueen sairaanhoitopiirit ja kunnat eroavat toisistaan niin väestömäärässä ja -rakenteessa, väestön sairastavuudessa ja sosiaalisissa rakenteissa kuin palvelurakenteessaan ja infrastruktuurissaan. Nämä kaikki vaikuttavat alueiden väestön palvelujen käyttöön ja niistä aiheutuviin kustannuksiin. Myös pitkät etäisyydet vaikuttavat palveluihin hakeutumiseen ja niiden tuottamiseen.

OYS-erityisvastuualue muodostuu Pohjois-Pohjanmaan (29 kuntaa), Keski-Pohjanmaan (10 kuntaa) ja Lapin (15 kuntaa) sairaanhoitopiireistä, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymästä (8 kuntaa) sekä Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveystalvelujen ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymästä (6 kuntaa). Alueella asuu yhteensä noin 740 000 asukasta. Väestömäärän ennustetaan vähenevän edelleen erityisesti Kainuussa ja Länsi-Pohjassa. Väestötiheys jää alle maan keskiarvon; väestötiheys on maan pienintä Lapissa, Kainuussa ja Länsi-Pohjassa. Lappi ja Pohjois-Pohjanmaa ovat maapinta-alaltaan maan suurimmat sairaanhoitopiirit. (Taulukko 1.)

Kainuussa yli 75-vuotiaiden osuus väestöstä on koko maan kolmanneksi suurin ja Pohjois-Pohjanmaalla maan toiseksi pienin. Muualla erityisvastuualueella se on lähempänä maan keskiarvoa, mutta niissäkin kuntakohtainen vaihtelu on suurta. Syntyvyys Keski-Pohjanmaalla, Länsi-Pohjassa ja Pohjois-Pohjanmaalla on maan suurinta, mutta Lapissa ja Kainuussa se jää maan keskiarvoa pienemmäksi. Pohjois-Pohjanmaalla ja Keski-Pohjanmaalla alle 18-vuotiaiden osuus väestöstä kuuluu maan suurimpiin.

Ruotsia puhuu äidinkielenään Keski-Pohjanmaalla 14,5 prosenttia, muilla pohjoisen alueilla sitä puhutaan hyvin vähän. Ulkomaalaistaustaisia asukkaita on koko alueella varsin vähän.

Pienituloisiin asuntokuntiin kuului Keski-Pohjanmaalla 12 prosenttia ja pohjoisen muilla alueilla 14–15 prosenttia väestöstä. Vaikeasti työllistyvien osuus 15–64-vuotiaista oli Keski-Pohjanmaalla yksi maan pienimmistä, ja myös nuorisotyöttömyys oli vähäisempää kuin maassa keskimäärin. Muilla alueilla nuorisotyöttömyys oli yleisempää kuin

maassa keskimäärin, ja Länsi-Pohjassa se oli maan yleisintä.

Alueen väestön sairastavuus oli yleisempää kuin maassa keskimäärin. Ikävakioimaton sairastavuusindeksi vaihteli Keski-Pohjanmaan 104:stä Länsi-Pohjan 136:een, joka on maan toiseksi korkein, eikä ikävakiointi muuta tilannetta. Kainuun alle 80-vuotiailla oli vuonna 2017 menetettyjä elinvuosia maan toiseksi eniten, kun taas Keski-Pohjanmaalla niitä oli toiseksi vähiten. Työkyvyttömyyseläkettä sai 25–64-vuotiaista keskimääräistä useampi; Kainuussa heidän osuutensa oli maan suurin ja Länsi-Pohjassa toiseksi suurin.

1.2 Palvelujen järjestäminen

Järjestäjäorganisaatioissa ei suuria muutoksia 1.1.2019 jälkeen

Ainoa muutos järjestämisessä oli se, että aiemmin vastuukuntamallissa kahdessa kunnassa järjestettiin terveydenhuoltopalvelut ja yksittäisiä sosiaalipalveluja mutta nyt myös kaikki sosiaalipalvelut. Oulun yliopistosairaalan erityisvastuualueella oli maan eniten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjiä (42): Kainuussa 2, Keski-Pohjanmaalla 2, Lapissa 19 ja Pohjois-Pohjanmaalla 19. Alueen 68 kunnasta 29 järjesti kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut itse ja 4 kuntaa järjesti ne vastuukuntamallilla. 31 kuntaa järjesti kuntayhtymämallilla kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja 4 kuntaa vain terveydenhuoltopalvelut. (Kuvio 1, liitetaulukko 1.)

Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveystalvelujen ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän organisaatio- ja nimenmuutos perustuu uuteen perussopimukseen, joka tuli voimaan 1.6.2019. Uusi hallintosääntö tuli voimaan 1.1.2020. Tulosalueita on viiden sijasta kolme: sosiaali- ja terveystalvelujen, tukipalvelujen ja talous- ja hallintopalvelujen tulosalue.

Kainuussa tulosalueiden määrä vähenee 1.1.2021, kun sairaanhoidon palvelut ja terveyden- ja sairaanhoidon palvelut yhdistyvät terveyden ja sairaanhoidon tulosalueeksi. Sinne siirtyvät lapsiperheiden terveydenhuoltopalvelut perhepalveluista, jonka nimi muuttuu hyvinvointipalveluiksi. Kainuussa Puolangan

Taulukko 1. Perustietoja alueesta.

	Pohjois-Pohjanmaa	Kainuu	Keski-Pohjanmaa	Lappi	Länsi-Pohja	Koko maa (vaihteluväli)
Alueen perustiedot						
Pinta-ala, km ²	45 349	22 687	7 719	91 736	8 634	390 909 (5 708–91 736)
Väestö 31.12.	410 112	72 306	77 304	116 866	60 295	5 525 292 (40 258–1 685 983)
Väestöennuste 2030*	407 713	64 651	74 389	114 376	54 535	5 566 685 (34 428–1 822 810)
Väestötiheys, asukkaita/km ²	11,3	3,6	12,5	1,4	8,7	18,2 (1,4–192,6)
Väestön ikä- ja perherakenne sekä asuminen						
Syntyvyys (Yleinen hedelmällisyysluku)*	49,2	40,1	53,6	38,2	49,5	42 (31,7–53,6)
0–17-vuotiaat, % väestöstä	23,1	17	22,4	17,5	18,9	19 (14,8–23,1)
75 vuotta täyttäneet, % väestöstä	8,2	12,3	10,2	10,5	11,1	9,5 (7,2–14,5)
Yhden vanhemman perheet, % lapsiperheistä	19,6	21,4	16,7	24,2	22,9	22,9 (15,8–26,2)
Ulkona, yömajoissa, tilapäissuojissa ja laitoksissa olevat yksinäiset asunnottomat / 1 000 asukasta (2018–)	0,1	0	0	0	0	0,3 (0–0,6)
Väestön kielirakenne						
Ruotsinkielinen väestö, % väestöstä 31.12.	0,2	0,1	14,5	0,2	0,3	5,2 (0,1–49,7)
Ulkomaalaistaustaiset / 1 000 asukasta	31,1	29,8	30,9	30,2	32,7	76,6 (24–142,5)
Väestön työllisyys/työttömyys ja sosioekonominen asema						
Pitkäaikaistyöttömät, % työttömistä	24,4	20,8	19,4	20,6	20,2	26,3 (13,9–31,2)
Vaikeasti työllistyvät (rakenne-työttömyys), % 15–64-vuotiaista	4,1	4,7	3	4,5	5	4,2 (2,8–6,1)
Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta	15	14,2	10,5	11,3	18,7	11,6 (7–18,7)
Gini-kerroin, käytettävissä olevat tulot*	26,3	24,1	23,4	24,5	23,8	28,1 (23,4–30,9)
Kunnan yleinen pienituloisuusaste*	14,5	14,8	12,5	14,1	14,4	13,1 (10,1–18,5)
Väestön sairastavuus						
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioiden***	118,2	130,5	104,2	116,7	136,1	100 (76,8–136,3)
Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikäväliillä 0–80 vuotta / 100 000 asukasta**	6 337	7 523	5 536	7 309	6 805	6 321 (5 149–7 720)
Työkyvyttömyyseläkettä saavat 25–64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	8,5	10,4	7,5	8,8	10,3	6,6 (4,4–10,4)

*2018, **2017, ***2016

kunta jatkoi peruspalvelujensa ulkoistusten sopimus-kautta 31.12.2025 asti.

Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt mää-
räaikaisen luvan synnytystoiminnan jatkamiseen
Lapin ja Kainuun keskussairaaloissa 31.12.2022 asti ja
Länsi-Pohjan keskussairaalassa 31.12.2020 asti.

Talouden sopeuttamistoimia on kaikkien sairaanhoitopiirien alueilla

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän
tilikauden tulos oli 15,2 miljoonaa euroa alijäämäinen.
Vuonna 2019 aloitetuilla toimenpiteillä tavoitellaan
yhteensä 6,9 miljoonan euron säästöä. Uuden sairaa-
lan toiminnassa havaittiin mahdollisuus säästää noin
4,1 miljoonaa euroa vuosina 2020–2021. Koko kun-
tayhtymän henkilöstöä koskevan yhteistoimintame-
nettelyn tavoitteena on 2,0 miljoonan euron vähennys.

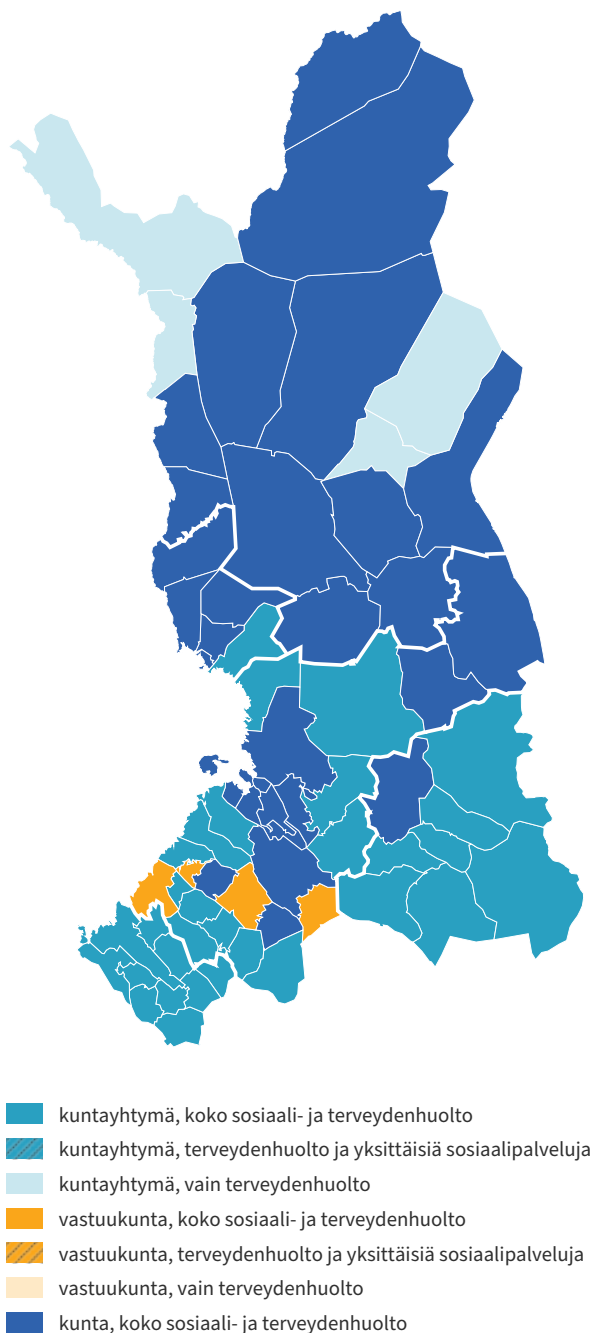
Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukun-
tayhtymän tilinpäätös muodostui kirjanpitosyistä
alijäämäiseksi 8,6 miljoonaa euroa, sillä kunnille
palautettiin kuntayhtymän taseesta ylijäämä. Samalla
jäsenkuntien sote-menot pienenevät. Talouden tasa-
painottamisen tavoitteena oli löytää 14 miljoonan
euron säästöt kulurakenteeseen, mutta päätöksiä ei
toistaiseksi ole voitu tehdä.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä käyn-
nistettiin toimintamenojen sopeuttamisohjelma lop-
puvuonna 2019 ja säästötoimet kohdistettiin kaikkiin
kululajeihin. Taseeseen kertynyt ylijäämä oli 10,6 mil-
joonaa euroa, tilikauden ylijäämä 6,7 miljoonaa euroa.

Lapin sairaanhoitopiirin syksyllä 2018 hyväksyttyä
tuottavuusohjelmaa jatkettiin. Talousarvioon 2020
kirjattiin 4,4 miljoonan euron sopeuttamistarve, jonka
edellyttämät toimet kirjattiin sopeuttamisohjelmaksi.
Taseeseen kertyi ylijäämää 9,1 miljoonaa euroa.

Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveyspalvelujen ja sai-
raanhoitopiirin kuntayhtymän tilikauden tulos oli
1,8 miljoonaa euroa alijäämäinen, ja seuraavalle tili-
kaudelle siirtyvä alijäämä oli yhteensä 7,9 miljoonaa
euroa. Suurimmat ylitykset muodostuivat tilityksistä
Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:lle. Sopeuttamistoimien
kokonaisvaikutuksen käyttötalouden osalta sairaan-
hoitopiiri arvioi enintään miljoonaan euroon. Lisäksi
tulevat omaisuuden myynti ja sopimusmuutokset
palveluntuottajan kanssa, ja loppu alijäämä tulee
katettavaksi tuotteistettujen hintojen kautta. Mehi-
läinen Länsi-Pohja Oy:n vuoden 2019 liikevaihto oli
69,4 miljoonaa euroa, liikevoitto 1,1 miljoonaa euroa
ja tilikauden voitto 0,9 miljoonaa euroa.

**Kuvio 1. Peruspalvelujen järjestämismallit
alueen kunnissa vuonna 2019.**



📍 Kartassa esitetään tietoja peruspalvelujen
järjestämismalleista alueen eri kunnissa. Tiedot
perustuvat Kuntaliiton aineistoihin ja luokitteluun.

Merkittävimmät investoinnit painottuvat erikoissairaanhoidon

OYS 2030 -uudistamishankkeen tavoitteena on uudistaa sairaanhoitopiirin sairaaloiden toimintaa sekä rakentaa uudet sairaalakiinteistöt vastaamaan nykyajan vaatimuksia ja tulevaisuuden haasteita. Uudisrakentamisen osuus on noin 900 miljoonaa euroa. Tulevaisuuden sairaala -hankkeisiin varattiin vuoden 2020 talousarviossa yhteensä 145,8 miljoonaa euroa. Sairaanhoitopiirin lainakanta oli 165,2 miljoonaa euroa 31.12.2019.

Kainuun soten Uusi sairaala -hankkeen investointia varten on otettu pitkäaikaista lainaa 159 miljoonaa euroa, jota nostetaan kustannusten mukaisesti vuosina 2017–2021. Sitä oli nostettu 130 miljoonaa euroa 31.12.2019.

Lapin keskussairaalan laajennuksen rakentaminen ajoittuu vuosille 2019–2023. Investointi toteutetaan lainarahalla Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymän taseeseen, ja laajuudeksi on arvioitu 138 miljoonaa euroa. Hankkeen kokonaismääräraha vuodelle 2019 oli 13,5 miljoonaa euroa, ja vuodelle 2020 varaus on 30,0 miljoonaa euroa. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän Psykiatriatalon uudisrakennusta varten on varattu 12 miljoonaa euroa vuodelle 2020.

Keski-Pohjanmaan Soitessa ei ollut merkittäviä investointeja.

Henkilöstön saatavuudessa on edelleen haasteita

Erityisvastuualueelle perustettiin Pohjois-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon osuuskunta Tervia ja sen tytäryhtiö Tervia osaajat Oy, osaamisen jakamisen yhtiö. Näiden in-house-yhtiöiden tehtävänä on turvata lääkärin saatavuus, erikoissairaanhoidon laatu sekä päivystysvalmius pohjoisessa. Haasteita toiminnalle toi muun muassa keskittämisasetus, jonka leikkaustoimintaa koskevat lukumäärävaatimukset eivät monin osin täyttyneet alueen keskussairaaloissa. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri voi olla mukana psykiatrian ja ensihoidon osalta.

Tervia osaajat Oy:n erikoislääkärin osaajapoolien avulla helpotetaan sairaanhoitopiirin erikoislääkäripulaa. Oulun yliopiston ja Lapin sairaanhoitopiirin yhteinen psykiatrian professuuri lisäsi psykiatrian erikoislääkärinkoulutusta, ja sen ansiosta virkalääkäreitä on enemmän, mutta psykiatreista on edelleen pulaa koko alueella. Professuurisopimus on voimassa vuoden 2020 loppuun.

Lääkäriliiton selvityksen mukaan Kainuussa oli vuonna 2019 terveyskeskuslääkäreitä väestöön suh-

teutettuna maan vähiten ja lääkärivaje oli maan suurin (31 %). Myös Keski-Pohjanmaalla lääkärivaje oli huomattava (17 %). Lapin ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella oli terveyskeskuslääkäreitä väestöön suhteutettuna maan toiseksi ja neljänneksi eniten ja lääkärivaje vähäinen. Länsi-Pohjasta ei ilmoitettu vajetta; tehtävistä maan suurin osuus (88 %) oli ulkoistettu.

Myös toiminta- ja puheterapeuttien, psykologien ja erityisesti sosiaalityöntekijöiden saatavuudessa oli ongelmia monin paikoin. Tilapäisiin hoitajien sijaistuksiin oli haasteellista saada työntekijöitä. Hoitohenkilöstöä oli paremmin saatavilla alueen suurissa kaupungeissa. Saamenkielisen sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstön saatavuudessa oli puutteita.

Teknologiaa hyödynnetään entistä enemmän

Kainuussa ja Keski-Pohjanmaalla käytettiin alueellisia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Etäpalvelut, erityisesti etävastaanotot, lisääntyivät koko Pohjois-Suomen alueella, ja uusia sähköisiä palveluja otettiin käyttöön. Kainuussa Omasote- ja chat-palveluja laajennettiin ja uutena tuli käyttöön PSOP-tietojärjestelmä. Keski-Pohjanmaalla VideoVisit-palvelua lisättiin ja lääkerobotteja otettiin käyttöön. Lapin aluetta palvelee virtuaalinen sosiaali- ja terveyskeskus (virtu.fi), jota kehitetään jatkuvasti; eri palveluja on jo 231¹. Osassa Länsi-Pohjaa aloitettiin etävastaanotot, samoin Oulunkaareissa ja Oulussa, jossa otettiin käyttöön myös Omaolo-palvelu.

Syksyllä 2019 käynnistyi organisaatorajat ylittävä Pohjois-Pohjanmaan sote-ICT:n, tietojohdantamisen ja hoito- ja palveluketjujen kehittäminen -hanke. Hoito- ja palveluketjujen kehittämishankkeen yksi kulmakivi on maakunnallisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän kehittäminen sairaanhoitopiirin oman Esko-potilastietojärjestelmän pohjalta. Tätä varten perustettiin Esko-Systems Oy, jonka toiminta alkoi vuoden 2020 alkupuolella. Hankkeen kehittämissisällöt on integroitu sote-uudistushankkeeseen (POP-sote), joka sisältää lukuisia digitaalisia ja ICT-palveluja koskevia asioita.

¹ Virtu.fi on tarkoitettu ammattilaisille, kansalaisille, asiakkaille, palveluntarjoajille ja yrittäjille. Portaali toimii yleisenä neuvontakavanana väestölle ja ohjaa asiakkaita palveluihin. Lisäksi ammattilainen voi siirtää asiakas- tai potilastietoa tietoturvallisesti toiselle ammattilaiselle. Se on käytössä kaikkien kuntien vammais- ja kehitysvammapalveluissa ja osin lastensuojelussa ja terveydenhuollossa. Lisäksi tiedonsiirtoa käytetään verkko- ja videokonsultaatioissa.

2 Pohjois-Pohjanmaa

2.1 Asiantuntija-arvio

Pohjois-Pohjanmaalla lasten ja nuorten osuus väestöstä on maan suurin ja lapsia syntyy paljon. Väestöennusteen mukaan iäkkäiden määrä lisääntyy huomattavasti vuosikymmenessä ja väestömäärä pysyy lähes ennallaan. Sairastavuus on keskimääräistä suurempaa ja vaihtelee suuresti kunnittain. Mielenterveysongelmia on paljon. Maakunnassa on lukuisia järjestäjiä, joten kokonaisuudet ovat vaikeasti hahmotettavissa. Alueen sote-johtajat kokoontuvat säännöllisesti, mutta palvelukokonaisuuksista ja -ketjusta vastaava maakunnallinen taho puuttuu. Ammattihenkilöistä on osin pulaa, erityisesti sosiaalityöntekijöistä ja psykiatreista. Toisaalta terveyskeskuslääkäreitä on väestöön suhteutettuna hyvin.

Alueen kuntien talous jatkoi vuonna 2019 heikkenemistään, mikä haastaa sote-palvelujen rahoitusmahdollisuuksia. Alueen asukkaiden palvelutarpeeseen suhteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat kuitenkin pienemmät kuin maassa keskimäärin, mutta kustannukset kasvoivat maan keskiarvoa enemmän.

Merkittävä talouteen ja toimintaan pitkällä tähtäimellä vaikuttava kehittämishanke on Pohjois-Pohjanmaan sote-ICT:n, tietojohdamisen ja hoito- ja palveluketjujen kehittäminen -hanke, johon kaikki kunnat ja järjestämistä vastuiset sote-organisaatiot sitoutuivat syksyllä 2019. Hankkeen kehittämissällöt on integroitu sote-uudistus-hankkeeseen (POPsoite). Sekä mielenterveys- että ikäihmisten palvelujen käyttöä on aiemmin tutkittu, ja niiden kehittäminen on hankkeen keskiössä.

Mielenterveyspalvelurakenteet ja toimintamallit vaihtelevat alueittain

Mielenterveyspalvelujärjestelmä on pirstaleinen ja alueellisesti vaihteleva. Oulussa on menossa rakenteellinen ja toiminnallinen muutos, jossa kaupungin ja sairaanhoitopiirin rinnakkaisia psykiatrisen erikoistason palveluja on purettu. Pitkien välimatkojen vuoksi lähipalvelut ovat osin laajoja ja hyvin resursoituja. Lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalvelut sijoittuvat organisaatioihin eri tavoin, ja vaikuttavia toimintamalleja on otettu käyttöön vaihtelevasti. Perheneuvoloita on osassa kuntia, ja palvelutarjonnan laajuus vaihtelee. Pyrkimys on ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tukeen nuorten arjessa. Horisontaalinen integraatio on toimivaa.

Aikuisten perustason mielenterveyspalvelut tarjotaan pääosin terveyskeskuksista. Tiivistä yhteistyötä eri toimijoiden kesken korostetaan, ja toimintaa on kehitetty avohoitopainotteiseen ja asiakasnäkökulmaa korostavaan suuntaan. Horisontaalista integraatiota on myös eri hallinnonalojen toimijoihin. Vertikaalinen integraatio toteutuu vaihtelevasti. Perus- ja erityistason yhteistyö perustuu kunkin toimijan kanssa erikseen sovittuihin ratkaisuihin.

Iäkkäiden palveluissa moniammatillisuus on lisääntynyt

Iäkkäiden osuus väestöstä on maan toiseksi pienin, mutta iäkkäiden määrä on lisääntymässä. Ikäihmisille tarjolla olevat palvelut vaihtelevat alueittain, mutta vaikuttavat maakunnan sairaalahoito- ja päivystyspalvelujen käytön perusteella keskimäärin toimivilta. Palvelurakennemuutos on menossa: laitoshoidon vähennetään edelleen ja tilalle on tullut tehostettua palveluasumista ja kotihoitoa sekä monimuotoista yhteisöllistä asumista. Arviointityksiköitä on perustettu ja arviointijaksoja otettu käyttöön ennen säännölliseen kotihoitoon siirtymistä. Kotikuntoutusta ja kotisairaalatoimintaa on lisätty, samoin moniammatillisia tiimejä. Kotona asumista tukevaa teknologiaa on lisätty etäkotihoitoon, lääkkeenantoautomaattien ja sähkölukkojen muodossa.

Lääketieteellistä osaamista ja moniammatillista toimintaa on lisätty hyvin eritahtisesti. Lääkärikonsultaation saaminen kotihoitossa ja tehostetussa palveluasumisessa vaikuttaa toteutuvan kattavasti lähi- tai etäpalveluna, osin ostopalveluna, tosin ympärivuorokautisesti vain reilussa puolessa kotihoitoon yksiköistä.

Ikäihmisten palveluketjut otetaan kehittämisen kohteeksi maakunnallisessa hankkeessa. Myös tiedolla johtamista ja tietojen hallintaa kehitetään: yhteinen asiakas- ja potilastiedon tarve on tunnistettu, samoin tarve turvata organisaatioiden välinen tiedonkulku. Tavoitteena on, että ihmisten palvelutarpeeseen vastataan mahdollisimman varhain lähellä heidän elinympäristöään, jolloin vältetään ns. raskaimpiin palveluihin siirtymistä. Tehostetun palveluasumisen rinnalle haetaan muita asumisen ratkaisuja.

Peruspalvelujen saatavuudessa on haasteita

Alueella on useita järjestäjiä, ja toimintatavat ovat erilaisia. Perusterveydenhuollossa palvelut ovat kattavia, mutta niiden saatavuus vaihtelee kunnittain sekä avosairaanhoidossa että suun terveydenhuollossa. Hoitopääsyn odotusajat ovat pidentyneet viime vuosina. Vuonna 2019 valvontaviranomainen selvitti perusterveyden- ja suun terveydenhuollon hoitopääsyä ja määräaikojen ylityksiä alueella.

Terveyskeskuspalvelujen käyttö on yleistä ja yksityispalvelujen käyttö vähäistä, erityisesti suun terveydenhuollossa. Terveyskeskuslääkäreitä oli väestöön suhteutettuna maan neljänneksi eniten ja lääkärivaje pieni. Tästä huolimatta paikallisesti on ajoittain pulaa lääkäreistä ja lääkärien vaihtuvuus on suuri. Hoidon jatkuvuus kärsii ammattilaisen vaihtuessa, ja se heikentää myös hoidon saatavuutta. Osassa alueen kunnista on ajoittain pulaa hammaslääkäreistä, ja joissain kunnissa suun terveydenhuolto on päädytty yksityistämään.

Kehittäminen on ollut järjestäjäkohtaista. Vastaanotto toimintaa on kehitetty, hoidon tarpeen arviota muutettu moniammatilliseksi ja etähoitoa lisätty. Lisäksi alueella on lisätty fysioterapeuttien suoravastaanottoja. Oman perusterveydenhuollon päivystyksen koetaan tuovan palveluihin vahvuutta.

Hoidon jatkuvuuden ja saatavuuden turvaamista pidetään tärkeänä, joten vakituiset virat pyritään täyttämään ja osaavan henkilökunnan saanti sekä heidän koulutuksensa pyritään turvaamaan.

2.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset

Alueen kuntien talous heikentyi edelleen

Pohjois-Pohjanmaan kuntien (29) talous jatkoi vuonna 2019 heikkenemistään, mikä haastaa sote-palvelujen rahoitusmahdollisuuksia. Alueen kuntien tilikauden tulokset olivat alijäämäisiä Alavieskaa, Käsämäkeä, Lumijokea, Siikajokea, Tyrnävää ja Utajärveä lukuun ottamatta. Tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava vuosikate asukasta kohti heikkeni myös edelleen valtaosassa alueen kunnista. Negatiivinen vuosikate kirjattiin Haapajärvellä, Hailuodossa, Merijärvellä, Pudasjärvellä ja Pyhäjärvellä. Vuosikate riitti kattamaan poistot vain viidessä kunnassa: Alavieskassa, Käsämällä, Lumijoella, Siikajoella ja Utajärvellä.

Sote-uudistuksen toteutuessa valtion rahoituksen tasoon odotettavissa korotusta

Käynnissä olevan sote-uudistuksen rahoituslaskelmissa valtion rahoitusosuus kasvaisi alueella (3,2 %). Asukasta kohti valtion rahoituksen lisäys, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen huomioituna, olisi 105 euroa. Kuntien ilmoittamien vuoden 2019 tilinpäätössennakkotietojen ja vuoden 2020 talousarviokyselyn perusteella tehtyjen rahoituslaskelmien (10.6.2020) mukaan Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten laskennallinen lähtötaso on vuoden 2020 tasolla arvioituna 1 365,8 miljoonaa euroa.

Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat kasvaneet

Pohjois-Pohjanmaan kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2019 yhteensä 1 429,8 miljoonaa euroa (3 486 euroa / asukas). Asukaskohtaisina kustannukset vastaavat maan keskitasoa (kuvio 2). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat 5,6 prosenttia edellisvuodesta, koko maassa 4,9 prosenttia. Alueen kuntien välillä kustannusten erot olivat suuria; vaihtelua oli Vaalan 5 318 eurosta Limingan 2 584 euroon asukasta kohti.

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin osa muodostui erikoissairaanhoidosta (37 %), jonka osuus kokonaiskustannuksista on pysynyt edellisvuoteen nähden ennallaan. Alueen sosiaali- ja terveystoimen kustannusten kasvun taustalla on erityisesti erikoissairaan-

hoidon kustannusten kasvu. Asukaskohtaiset erikoissairaanhoidon kustannukset kasvoivat 5,5 prosenttia edellisvuodesta, kasvuvauhti on hieman maan keskimääräistä suurempi.

Alueen väestön palvelutarpeeseen suhteutetut menot ovat maltilliset

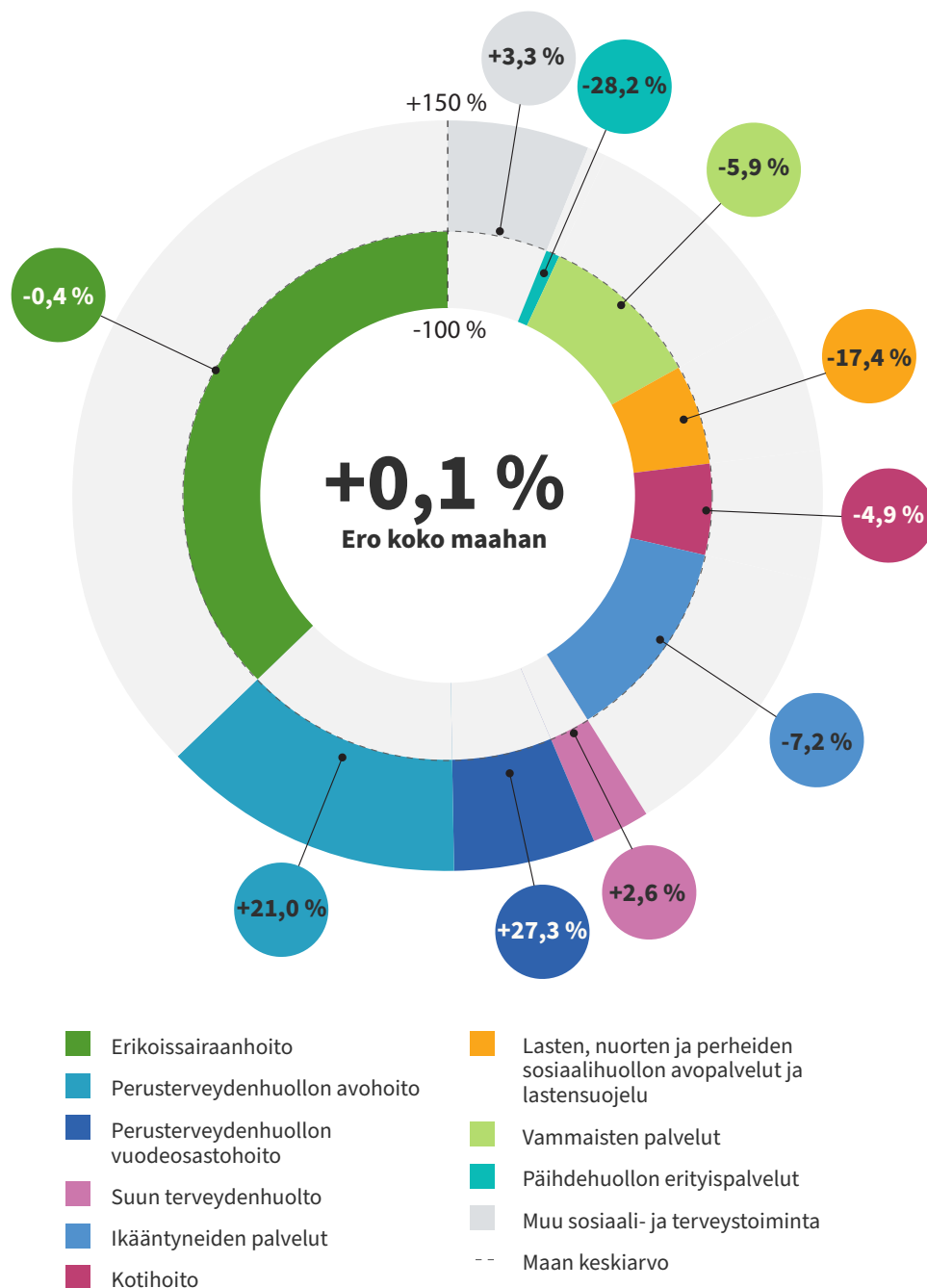
Pohjois-Pohjanmaan alueella väestön palvelutarve on keskimääräinen. THL:n vuonna 2020 päivittämien laskelmien mukaan väestön ikä- ja sukupuolirakenteen, sosioekonomisen aseman ja sairastavuuden huomioiva palvelutarve oli alueella sama kuin maassa keskimäärin. Vuonna 2018 tarpeeseen suhteutetut menot olivat yhden prosentin pienemmät kuin maassa keskimäärin. Alueen sisällä palvelutarve oli matalimmillaan 24 prosenttia pienempi (Liminka) ja suurimmillaan 53 prosenttia suurempi (Pyhäjärvi) kuin maassa keskimäärin. Asukkaiden palvelutarpeeseen suhteutetut menot olivat alueen pienimmät Käsämällä, 17 prosenttia keskimääräistä pienemmät.

2.3 Keskeiset seurantatulokset

Vuoden 2019 tarkasteluun valittiin rajattu joukko ydinindikaattoreita. Palvelujärjestelmän kustakin tehtäväkokonaisuudesta käydään läpi keskeiset Pohjois-Pohjanmaata koskevat havainnot. Lisätietoja tarkasteluun kuuluneista indikaattoreista löytyy julkaisun lopusta (ks. julkaisun [menetelmät ja laatuseloste, liitetaulukko 2](#)). Alla olevassa tekstissä nostetaan esiin ne, jotka Pohjois-Pohjanmaalla poikkeavat selkeimmin maan keskimääräisestä.

Pohjois-Pohjanmaalla sosiaali- ja terveyspalvelujen asiantuntijoiden edustus kuntien hyte-työryhmissä oli maan keskitasoa parempi. Liikuntapalvelujen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdessä sopima liikuntaneuvonnan palveluketju toimi 64 prosentissa alueen kunnista. TEA-kyselyjen tulosten mukaan lastenneuvolassa oli hoitajaa kohti maan kolmanneksi eniten lapsia, mikä ylitti suosituksen. Kouluterveydenhuollossa oppilaita oli terveydenhoitajaa kohti maan eniten, mutta suositusten mukaisesti. Oppilaita lääkäriä kohden oli maan neljänneksi eniten, yli suosituksen. Myös toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa oppilasmäärä lääkäriä kohden ylitti suositukset. TEA-kyselyjen tulosten mukaan peruskoulujen psykologiresurssit olivat maan pienimpien joukossa ja myös lukioissa ja ammattioppilaitoksissa ne olivat

Kuvio 2. Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakauma ja alueen ero maan keskiarvoon 2019.



Kuviossa esitetään kustannusten (euroa / asukas) jakauma tehtävittäin. Jos alueen menot ovat maan keskiarvoa suuremmat, kuvion tehtäväkohtainen osa ylittää katkoviivalla kuvatun maan keskiarvon. Ero maan keskiarvoon on kuvattu myös prosentteina. Tehtäväkohtaisen osuuden leveys kuvaa suhteellista osuutta kaikista sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista.

keskimääräistä pienemmät. Peruskoulujen kuraattori-resurssit olivat maan pienimmät, ammatillisissa oppilaitoksissa maan kolmanneksi pienimmät ja lukioissa myös maan keskiarvoa pienemmät. Peruskoulun viidesluokkalaisten fyysistä toimintakykyä kartoittavissa Move!-mittauksissa heikoimpaan kolmannekseen kuuluvia oli maan kolmanneksi vähiten, kolmannes oppilaista; myös kahdeksaluokkalaisista heikoimpaan ryhmään kuului kolmannes. Alueen koululaisilla ja opiskelijoilla oli vain vähän huumekokeiluja. Aikuisväestössä alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia oli maan keskiarvoa vähemmän. Alueen 65 vuotta täyttäneillä oli sairaalassa hoidettuja lonkkamurtumia kuten maassa yleensä.

Maan suurin osuus perheistä sai kodin- ja lastenhoitopalveluja, ja myös sosiaalihuoltolain mukaista perhetyötä sai moni. Keskimääräinen odotusaika lastenpsykiatriaan oli vuoden 2019 lopussa maan toiseksi pisin.

Kiireettömissä tilanteissa reilu puolet asiakaista pääsi terveyskeskuslääkärin vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista, mutta yli kolmen kuukauden odotusaikoja oli maan toiseksi eniten (8,1 %). Perusterveydenhuollossa epäspesifiseen ylähengitystieinfektioon mikrobilääkehoitoa saaneiden potilaiden osuus oli maan pienimpiä. 15 vuotta täyttäneiden hoitojaksoja sairaalan vuodeosastolla keuhkohtaumataudin vuoksi oli maan toiseksi eniten (2018).

Rokotuskattavuudessa on parannettavaa. Papilloomavirusrokotteen saaneiden tyttöjen osuus (43 %) oli maan pienin. Kurkkumätä-, jäykkäkouristus- ja hinkuyskä- eli dtap-rokotuskattavuus oli 14–16-vuotiailla myös maan pienimpiä. Samoin 65 vuotta täyttäneiden influenssarokotuskattavuus oli vaatimaton (39 %).

Suun terveydenhuollon käynnejä oli maan neljänneksi eniten. Lokakuussa 2019 kiireettömistä perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä puolet toteutui yli kolmen viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista, koko maan tapaan.

Ensihoitotehtäviä oli asukaslukuun suhteutettuna keskimääräistä enemmän. Ensihoidon keskimääräinen tavoittamisaika taajaman ulkopuolella A-kiireellisyysluokan tehtävissä oli maan lyhyimpien joukossa. Erikoissairaanhoidtoa vuoden 2019 lopussa odottavien odotusajan mediaani oli maan pisimpiä (47 vrk). Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit ovat hieman lisääntyneet sekä alle 18-vuotiaiden että 18 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä, mutta ne olivat edelleen maan pienimpien joukossa. Myös erikoissairaanhoidon päivystyskäynnejä oli väestöön suhteutettuna vähän, samoin aikuisten vuodeosastohoitojaksoja.

Pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 18 vuotta täyttäneistä keskimääräistä harvempi ja hyvin harva 18–24-vuotiaista. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden määrä oli väestöön suhteutettuna maan keskitasoa korkeampi ja laitoshoidossa maan pienimpiä. Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa sai 18–24-vuotiaista ja myös 25–64-vuotiaista maan kolmanneksi suurin osuus.

Vuonna 2018 säännöllisen kotihoidon piirissä oli 75 vuotta täyttäneistä maan kolmanneksi suurin osuus. Samoin tästä ikäryhmästä maan kolmanneksi suurin osuus oli vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa. Alueen 75 vuotta täyttäneillä somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivien määrä oli aikuisväestöön suhteutettuna maan pienin. RAI-järjestelmää käytettiin jo kattavasti; noin joka viidennen 75 vuotta täyttäneen palvelutarpeet on arvioitu systemaattisesti.

Kuljetuspalveluja vammaispalvelulain nojalla saavien määrä vähentyi ja oli väestöön suhteutettuna maan pienimpiä. Ikääntyneiden osuus näissä palveluissa oli myös vähäinen. Vammaisille myönnettyjen palvelujen ja tukien määrä oli maan pienimpiä (2018). Väestömäärään suhteutettuna kehitysvammalaitoksissa on muuhun maahan nähden vähän pitkäaikaisasiakkaita.

2.4 Perustason mielenterveyspalvelujen saatavuus ja laatu

Vuosille 2020–2030 laaditun kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman (Vorma ym. 2020) mukaan mielenterveyden häiriöt ovat yleistyneet. Koko maan tasolla lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä johtuu mielenterveyden häiriöistä. Myös mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus on kasvanut kaikilla alueilla ([kuvio 3](#)).

Johtamisessa ja rakenteissa tehdyt tai suunnitellut muutokset palvelujen saatavuuden ja laadun vahvistamiseksi

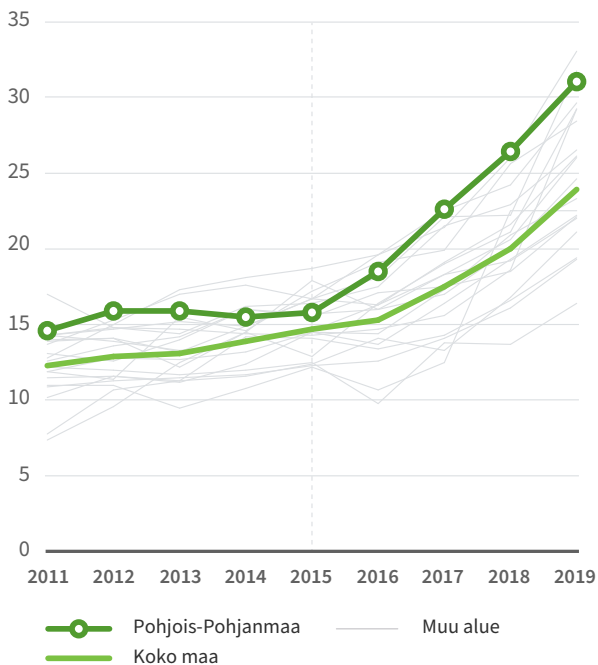
Mielenterveyspalvelujärjestelmä on pirstaleinen ja alueellisesti vaihteleva. Palvelutarve vaihtelee eri alueilla, ja pitkät välimatkat vaikuttavat toiminnan järjestämiseen. Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa sai maan kolmanneksi suurin osuus työkäisistä.

Lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluja tarjotaan monissa eri toiminnoissa. Perheneuvoloita oli osassa kuntia, ja osassa oli monipuolisesti psykiatristen sairaanhoitajien, sosiaalityöntekijöiden, psykiatrien ja psykologien palveluja. Kouluissa saattoi psykologien ja kuraattoreiden lisäksi toimia psykiatrisia sairaanhoitajia sekä nuorisotyöntekijöitä.

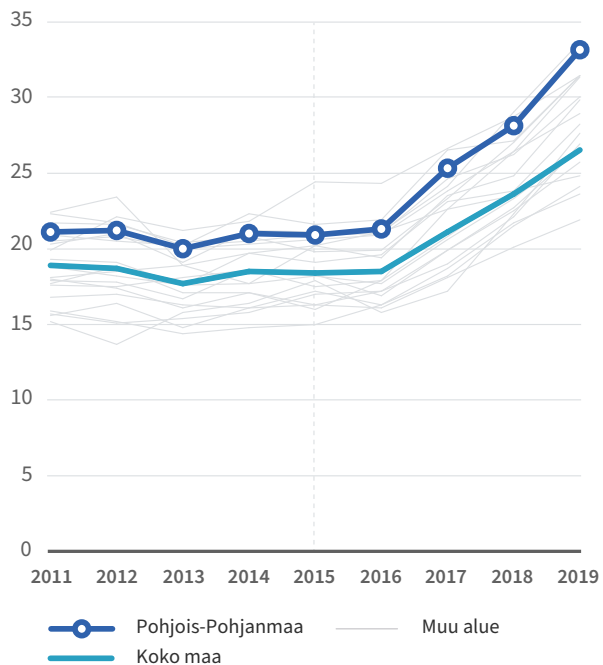
Aikuisten mielenterveyspalvelut, kuten tuen tarpeen ja hoidontarpeen arviointi sekä lievien, keski- vaikeiden ja vakaassa vaiheessa olevien häiriöiden hoito, järjestettiin yleensä terveyskeskuksessa. Mielenterveyttä edistävää ja psykososiaalista tukea oli tarjolla, varsinkin jos käytettävissä oli psykiatrisen sairaanhoitajan palveluja. Kuusamossa oli oma psykiatrinen osasto terveyskeskuksessa ja vahvat henkilöstömitoitukset psykiatrisissa palveluissa. Oulussa oli virka-aikainen päivystys, ja muina aikoina Oulu järjesti yhteispäivystyksessä sopimuskunnille sosiaali- ja kriisipäivystyksen.

Kuvio 3. Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet vuosina 2011–2019.

18–24-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä



25–64-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä



Kuviossa esitetään, miten mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden lukumäärä on kehittynyt alueella ja koko maassa vuosien 2011 ja 2019 välillä väestömäärään suhteutettuna. Indikaattorin tulkinnassa on huomioitava alueen työllisyystilanne. Alueilla, joilla on paljon työttömyyttä, on vähemmän sairauspoissaoloja.

Oulun mielenterveys- ja päihdeneuvosto on Oulun kaupungin ja lähikuntien alueella toimivien mielen- terveys- ja päihdetyön julkisten ja kolmannen sekto- rin toimijoiden muodostama yhteistyöryhmä, joka kokoontuu säännöllisesti.

Integraation ja tiedolla johtamisen kehittämisen laadun ja saatavuuden vahvistamiseksi

Maakunnallista tietopohjaa ei ole, joten mahdolli- suudet tietojohtamiseen olivat järjestäjäkohtaisia. Järjestäjiä on useita, mikä vaikeuttaa alueellisesti yhtenäisten toimintamallien käyttöönottoa. Perus- ja erityistason yhteistyö perustui kunkin toimijan kanssa erikseen sovittuihin ratkaisuihin paikallisten tarpei- den mukaan. Erikoissairaanhoitoa hankittiin myös ostopalveluna, minkä vuoksi vertikaalista integraa- tiota ei voitu syventää. Henkilöstöpuutteet vaikeutti- vat osaltaan kehittämistä.

Oulussa oli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopi- rin kanssa käynnissä rakenteellinen ja toiminnallinen muutos, jossa kahden rinnakkaisen psykiatrisen eri- koistason palvelun malli purettiin ja perustason hen- kilöstön osaamista vahvistettiin.

Alueella on tunnistettu tarve siirtyä avohoitopai- notteiseen ja asiakasnäkökulmaa korostavaan suun- taan. Tiivistä yhteistyötä toimijoiden kesken korostet- tiin monessa paikassa; johtoajatus on, että asiakasta ei siirretä muille, vaan toimitaan yhdessä. Yhteistyö sivistyspalvelujen kanssa oli tiivistä.

Palvelujen oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden varmistaminen

Kehittämistyön yleisenä tavoitteena oli peruspalve- lujen vahvistaminen. Hyvinvointikeskuksiin lisättiin psykiatrisia sairaanhoitajia ja kouluterveydenhuol- toon koulukuraattori- ja psykologipalveluja. Alueella oli myös erityistasoisia matalan kynnyksen palveluja, esimerkiksi lasten- ja nuorisopsykiatrisen työryhmä ja mielenterveyspoliklinikka/-yksikkö.

Palveluketjuja integroitiin sairaanhoitopiiriin ja kuntien kanssa, ja sivistystoimijoiden kanssa kehi- tettiin Tuen polku -malli. Kytköstä mielenterveyspal- veluista lastensuojelun palveluihin pidettiin myös tärkeänä. Lasten ja nuorten käytös- ja mielenterve- yshäiriöiden hoitoketjutyötä sekä mielenterveyson- gelmien vähentämiseksi tehtyä yhteistyötä on viime vuosina tehty noin puolessa alueen kunnista.

Henkilöstön osaamiseen sekä muihin resursseihin liittyvä kehittäminen saatavuuden ja laadun vahvistamiseksi

Pohjois-Suomessa oli pulaa psykiatreista ja psykolo- geista, tosin ei kaikkialla. Kehittämistoimet kohdistui- vat perustason henkilöstön osaamisen lisäämiseen.

Ennaltaehkäisevään toimintaan kaivattiin lisää resursseja. Lisäksi oli huoli ikäihmisten palvelujen, erityisesti kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen, mielenterveysosaamisesta.

Alueella otettiin vaihtelevasti käyttöön toimin- tamalleja, kuten systeeminen lastensuojelu, Lapset puheeksi, mielen tuki ja vanhempainkoulu. Tulevai- suuden sote-keskus -hankkeessa erityisvastuualueella otetaan käyttöön psykososiaalisen tuen menetelmien koulutuksia ja Nuorten mielenterveyden osaamiskes- kus.

Teknologian hyödyntäminen

[Mielenterveystalo.fi](https://mielenterveystalo.fi) on käytössä. Etäpalvelujen käyttö vaihteli kunnittain, käytössä oli muun muassa VideoVisit-palvelu, tekstiviestimuistutus sekä oma- hoidossa olevan turvallinen viestittelymahdollisuus oman hoitajan ja lääkärin kanssa. Perusterveyden- huollon psykiatrisilla sairaanhoitajilla oli ollut kokei- lussa puhelinsovellus, jossa masennuspotilas pystyi raportoimaan mielialaansa. Tulevaisuuden sote-kes- kus -hankkeessa sähköisiä palveluja ja toiminnanoh- jausjärjestelmiä kehitetään.

2.5 Ikääntyneiden palvelujen ja terveysterveysten integraatio

Ikääntyneiden palveluja on käsitelty myös [luvussa 2.6](#) (Ikääntyneiden palvelukokonaisuuksien kehittämistoimet oikea-aikaisten ja tarpeen mukaisten palvelujen saatavuuden varmistamiseksi).

Väestön ikääntyminen siirtää kysynnän painetta julkisesti rahoitettuihin sosiaali- ja terveysterveysten palveluihin. Ikääntyneiden palvelujen tarve kasvaa erityisesti 75 vuotta täyttäneillä, joiden määrä lisääntyy tulevina vuosina kaikilla alueilla ([kuvio 4](#)).

Ikääntyneiden palvelujen ja terveysterveysten integraatiota tukevat organisaatorakenteet ja johtamisjärjestelmät

Maakunnallista yhteistä organisaatiota ei ole, mutta sote-johtajat kokoontuivat säännöllisesti. Yhteistä kehittämistä on tehty paljon aiempien rakenneuudis-

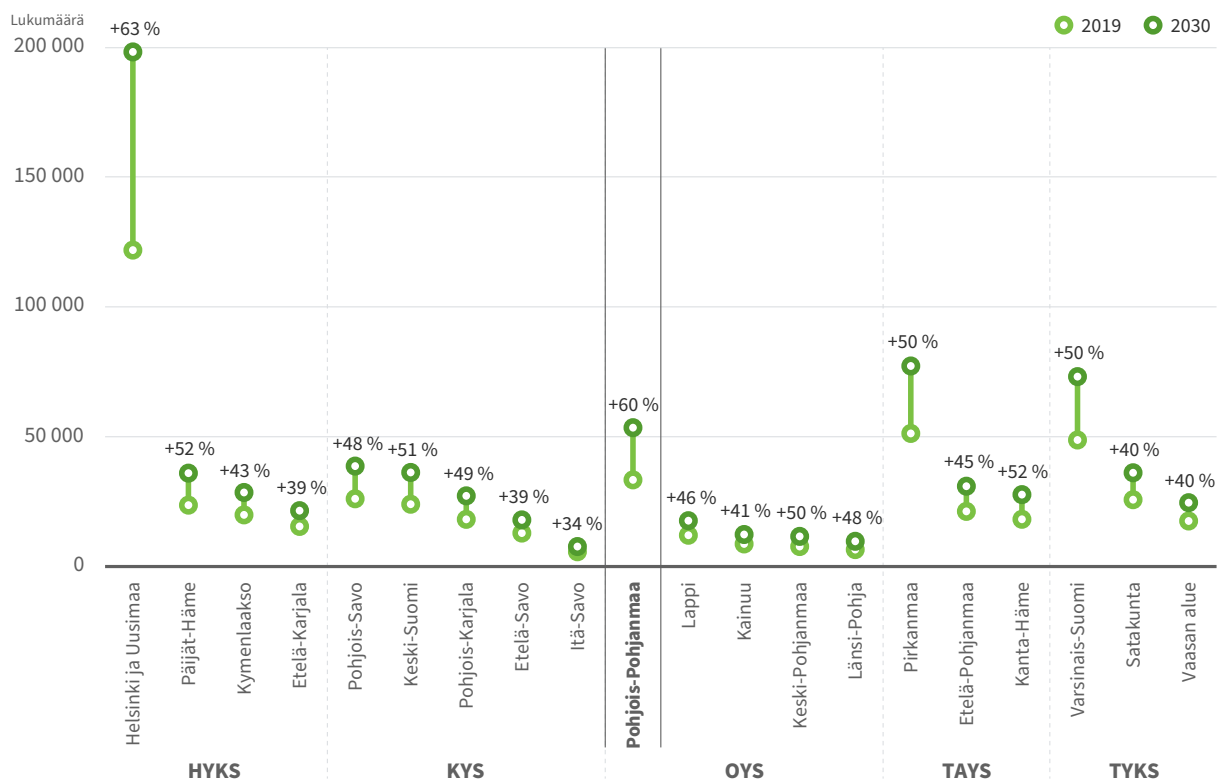
tusten aikana. Palvelurakenne ja ikäihmisille tarjolla olevat tosiasialliset palveluvaihtoehdot vaihtelivat alueittain. Valvontaviranomaisen mukaan epäkohdailmoitukset koskivat sekä julkisia että yksityisiä palveluja, erityisesti yksityisiä vanhustenhuollon tehostetun palveluasumisen yksiköitä. Iäkkäiden määrä kasvaa alueella huomattavasti vuoteen 2030 mennessä.

Henkilöstön yhteiskäyttö vaihteli alueella. Paikoin se koetaan pakolliseksi pitkien etäisyyksien ja suuren palvelutarpeen vuoksi, mutta suurimmassa osassa sitä ei ole. Pienissä kunnissa integraatiota edistää se, että toiminnot sijaitsevat fyysisesti lähekkäin ja henkilökunta tuntee toisensa.

Terveysterveysten kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa

Kotiin vietävissä palveluissa ja kotihoidon tuessa oli suurta alueellista vaihtelua. Osassa aluetta oli käy-

Kuvio 4. Ennuste 75 vuotta täyttäneiden lukumäärän kehityksestä alueittain.



Kuviossa esitetään, miten 75 vuotta täyttäneiden lukumäärän ennustetaan muuttuvan vuosien 2019 ja 2030 välillä. Muutoksen suuruutta kuvataan prosentteina. Tiedot perustuvat vuonna 2018 laadittuun Tilastokeskuksen väestöennusteeseen.

tössä hyvin kehittynyt järjestelmä, jossa kaikki, mitä suinkin pystytään, viedään kotiin, muun muassa kuntouttavaa ja ennaltaehkäisevää toimintaa. Lääketeellinen tuki kotihoidolle oli vahva, kotisairaala oli kotihoidon tukena ja geriatripalvelut saatavilla. Myös lyhytaikainen osastohoito toteutui ja mahdollisti omaishoidon vapaat. Alueella ei ollut painetta tehostettuun palveluasumiseen. Toisaalta on alueita, joissa esimerkiksi kotisairaaloitointia vasta käynnistettiin tai sitä ei ollut. Kotihoidossa toimivien sairaanhoidajien osuus vaihteli alueella, ja siihen liittyvä poliittinen päätöksenteko voi olla haasteellista. Kotikuntoutustoimintakaan ei kattanut koko aluetta. Osaan kunnista oli perustettu seniorineuvoloita ja yhteen kuntaan ikäihmisten kotona asumisen tuen keskus, ja yhteispäivystyksessä oli kaupungin sairaanhoitaja. Etähoitaminen ja etäkonsultaatiot yleistyivät, samoin lääkkeenantoautomaattien ja sähkölukkojen käyttö. Poikkeusoloissa Digitutor-verkosto osoittautui erittäin hyödylliseksi.

Palvelujen porrastus sekä tiedonkulku ikääntyneiden palvelujen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken

Ikääntyneiden palveluketjut olivat hyvin järjestäjäkohtaisia, mikä on haaste perus- ja erityistason palvelujen integraatiolle. Toimintakäytännöt palvelujen nivelvaiheissa vaihtelivat, samoin paikallinen palveluvalikoima. Yhteistä maakunnallista tietoperustaa ei ollut. Erikoissairaanhoidon ja Oulun kaupungin tutkimuksessa selvitettiin, miten yli 75-vuotiaiden oululaisten hoito- ja palveluketju toimii esimerkiksi kotihoidon/palveluasumisen, päivystyksen, kaupunginsairaalan ja yliopistosairaalan välillä. Keskeisiksi nousivat yhteisen asiakas- ja potilastiedon tarve sekä organisaatioiden välisen tiedonkulun turvaaminen. Jatkohankkeena sairaanhoitopiiri yhdessä kaikkien jäsenkuntiensa kanssa käynnisti vuonna 2019 maakunnallisen hoito- ja palveluketjujen kehittämishankkeen, joka on integroitu syksyllä 2020 POPsoite-hankkeeseen ja sisältää myös Ikäihmisten palvelut-kehittämishojelman.

Moniammatillinen yhteistyö lisääntynyt ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen välillä

Asiakas- ja palveluohjaukseen ei ollut yhteistä maakunnallista mallia, ja terveystalvelujen tuki asiakas- ja palveluohjaukseen vaihteli alueella; osassa aluetta ohjausta antoivat pääosin ikääntyneiden palvelut.

Moniammatillisuus toteutui monin paikoin kotikuntoutustiimeissä ja ennalta ehkäisevässä toiminnassa. Lääkärikonsultaation saaminen kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa vaikutti toteutuvan kattavasti lähi- tai etäpalveluna, osin ostopalveluna, tosin ympärivuorokautisesti vain reilussa puolessa kotihoidon yksiköistä. Lääkäri-, sairaanhoitaja- ja fysioterapiapalveluita on viime vuosina monin paikoin lisätty kotihoitoon.

Osassa maakuntaa toimi kotiutustiimejä ja -hoitajia. Toisaalla palveluohjaajat ja kotihoidon hoitajat ja palveluesimies olivat mukana kotiutussuunnittelussa.

Kotihoidon asiakkaiden systemaattinen ravitsemustilan arviointi toteutui alueella kattavammin kuin suuressa osassa muuta maata ja lääkehoidon kokonaisarvio keskimääräisesti.

lääkille annettavat palvelut vaikuttivat keskimäärin toimivilta. Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa vastaavanikäisiin suhteutettuna pysyivät muuhun maahan verrattuna vähäisinä. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoitopäivät ovat vähentyneet viime vuosina, kuten maassa yleensäkin. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäiviä oli iäkkäillä maan neljänneksi vähiten, mikä viittaa toimiviin hoitoketjuihin ja kotiutuksen sujuvuuteen.

2.6 Ikääntyneiden palvelukokonaisuuksien kehittämistoimet oikea-aikaisten ja tarpeen mukaisten palvelujen saatavuuden varmistamiseksi

Ikääntyneiden palveluja on käsitelty myös [luvussa 2.5](#) (Ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen integraatio).

lääkäiden osuus väestöstä oli Pohjois-Pohjanmaalla maan toiseksi pienin. Se on kasvanut viime vuosina koko maan tapaan, mutta 85 vuotta täyttäneiden osalta muuta maata nopeammin. Väestöennusteen mukaan vuonna 2030 alueella on 75 vuotta täyttäneitä 20 000 enemmän kuin vuonna 2019. lääkäiden määrä kasvaa huomattavasti (60 %), mikä lisää palvelutarvetta ja kustannuksia ja haastaa palvelujärjestelmää. ([Kuvio 4.](#))

lääkäiden palvelukokonaisuudet ovat järjestäjäkohtaisia, mutta kaikkialla palveluja kehitetään avo- ja kotihoitopainotteisempaan suuntaan. Terveystalveluhoollon ja sosiaalihuollon yhteistyötä pidetään

välttämättömänä, jotta pystytään vastaamaan väestön tarpeisiin, sillä osa ikäihmisistä tarvitsee hoidon ja hoivan yhdistämistä.

Palvelutarpeet ja palvelurakenne vaihtelevat alueella

Alueellinen vaihtelu oli suurta sekä väestörakenteessa ja sairastavuudessa että palveluvalikoimassa. Vuonna 2019 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä vaihteli Limingan 10 prosentista Hailuodon 38 prosenttiin. Alueet olivat hyvin eri vaiheissa integraation hyödyntämisessä sekä myös kotiin vietävien palvelujen ja kotihoidon tukipalvelujen, kuten kotisairaalan, kotikuntoutuksen ja geriatripalvelujen, järjestämisessä. Kotisairaala ja kotikuntoutusta ei ollut kattavasti otettu käyttöön, ja seniorineuvoloita oli osassa kuntia. Löytyy kuitenkin kuntia, joissa ikäihmisten palveluihin ja hoitoketjuihin oli panostettu esimerkillisesti. Niissä oli onnistuttu hyödyntämään integraatiota ja toimimaan kustannustehokkaasti ja vaikuttavasti.

Palvelurakenteen muutos on menossa. Ikäihmisten laitoshoidtoa vähennettiin edelleen, ja tilalle tuli tehostettua palveluasumista ja kotihoitoa sekä monimuotoista yhteisöllistä asumista. Arviointiyksiköitä perustettiin, ja arviointijaksoja otettiin käyttöön ennen säännölliseen kotihoitoon siirtymistä. Kotikuntoutusta ja kotisairaaloimintaa lisättiin, samoin moniammatillisia tiimejä. Kotona asumista tukevaa teknologiaa otettiin käyttöön etäkotihoidon, lääkkeenantoautomaattien ja sähkölukkojen muodossa. Kotihoitoon lisättiin lääketieteellistä osaamista, niin sairaanhoitajia kuin lääkäripalvelujakin.

Maakunnallinen kehittämishanke menossa

Vuonna 2019 sairaanhoitopiiri yhdessä kaikkien jäsenkuntiensa kanssa käynnisti maakunnallisen hoito- ja palveluketjujen kehittämishankkeen, joka jatkuu POP-sote-hankkeena. Kuntien ja kuntayhtymien osaaajat osallistuivat yhteiskehittämiseen erilaisten asiantuntijaryhmien kautta. Hanketta edeltävän selvityksen erityisinä kohteina olivat mm. erikoissairanhoidon jalkautuvat palvelut ja ikääntyvien palveluketjut.

Tavoitteena on, että ihmisten palvelutarpeeseen vastataan mahdollisimman varhain lähellä asiakkaan elinympäristöä, jolloin välttyään ns. raskaimpiin palveluihin siirtymiseltä. Ennaltaehkäiseviä palveluja tulisi tarjota myös itsenäisesti kotona asuville. Maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ovat keskimääräistä paremmat; Pohjois-Pohjan-

maan liitto on solminut Pohjois-Pohjanmaan kuntien ja sote-toimijoiden kanssa hyvinvointisopimuksen. Tehostetun palveluasumisen rinnalle haetaan välimuotoisia asumisen ratkaisuja, mm. kunnallisia yhteisöasumisen malleja, mikä edellyttää yhteistyötä kuntien kaavoituksen kanssa.

Väestön ikärakenteen muuttuessa myös väestön huoltosuhde muuttuu, mikä usein edellyttää kustannusten hillintää. Käynnistetty palvelurakenteen muutos avo- ja kotihoitopainotteiseksi on oikeansuuntainen.

2.7 Peruspalvelujen saatavuus: Perusterveydenhuolto ja suun terveydenhuolto

Pohjois-Pohjanmaan kokoisella alueella palvelujen saavutettavuus ja ihmisten yhdenvertaisuus ovat haaste. Aiemmassa maakuntavalmistelussa kartoitettiin perusterveydenhuollon palveluja, ja samalla tunnistettiin väestön erilaiset palvelutarpeet. Myös terveysasemien saavutettavuutta selvitettiin (2018): ajomatka autolla terveysasemalle kesti 66 prosentilla 10 minuuttia, 96 prosentilla 20 minuuttia ja 98 prosentilla 30 minuuttia; enimmillään matka kesti tunnin.

Asiakkaat olivat kriittisiä terveysaseman ja suun terveydenhuollon vastaanottopalvelujen saamiseen kohtuullisessa ajassa vuonna 2018. Hoitoa tarvinneista joka kahdeksas ei mielestään saanut riittävästi hoitajan ja joka seitsemäs lääkärin vastaanottopalveluja. Hammaslääkärin hoitoa tarvinneista joka kuudes ei mielestään saanut palveluja riittävästi.

Julkisten palvelujen käyttö oli yleistä

Terveyskeskuspalvelujen käyttö oli alueella yleistä ja yksityis palvelujen käyttö vähäistä, erityisesti suun terveydenhuollossa. Väestöön suhteutettuna suun terveydenhuollon käyntejä terveyskeskuksissa oli maan neljänneksi eniten. Kelan korvaamia yksityisen hammashoidon hammaslääkäri- ja suuhygienistikäyntejä oli aikuisilla vastaavanikäisiin suhteutettuna ainoastaan yhdessä kunnassa enemmän kuin maassa keskimäärin.

Lääkäriliiton selvityksen mukaan terveyskeskuslääkäreitä oli väestöön suhteutettuna maan neljänneksi eniten ja lääkärivaje pieni. Ulkoistuksien ja ostopalvelujen osuus terveyskeskuslääkäritehtävistä oli hyvin pieni. Ulkoistettujen terveysasemien vastuulla oli sairaanhoitopiirin väestöstä kaksi prosenttia.

Hoitoon pääsyssä on viiveitä

Noin puolet potilaista joutui odottamaan yli viikon pääsyä lääkärin vastaanotolle kiireettömän asian vuoksi. Tilanne on huonontunut viime vuosina, mutta oli parempi kuin maassa keskimäärin. Lokakuussa 2019 maan toiseksi suurin osuus käynneistä (8,5 %) toteutui hoitotakuun vastaisesti. Osuus on pienentynyt, mutta oli maan korkein maaliskuussa 2020 (5,5 %).

Lokakuussa 2019 kiireettömistä perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä puolet toteutui yli kolmen viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista. Osuus on kasvanut viime vuosina.

Alueelliset erot ovat moninaisia

Pääsyssä terveyskeskus- ja hammaslääkärille oli eroja kuntien ja kuntayhtymien, samoin niiden eri toimipaikkojen välillä. Osassa aluetta saatavuus on parantunut viime vuosina. Se vaihtelee palvelujen kysynnän ja henkilökunnan saatavuuden mukaan. Matkailijat lisäävät kysyntää sesonkiaikoina. Vaikka lääkärivaje oli pieni, silti paikallisesti oli pulaa lääkäreistä. Osassa alueen kunnista oli ajoittain pulaa hammaslääkäreistä, ja joissain suun terveydenhuolto on päädytty yksityistämään.

Vuonna 2019 valvontaviranomainen selvitti perusterveydenhuoltoon pääsyä kolmessa kunnassa. Suun terveydenhuollon hoitotakuun valvonta käynnistyi valvontaohjelman mukaisesti; yhdessä kunnassa hammaslääkärin vastaanotolle pääsyn määrääjat ylittyivät. Valvonta jatkui vielä kesällä 2020.

Toimintatavat ja palvelujen käyttö vaihtelevat. Käynnit saattavat painottua lääkärillä asiointiin, jos

muita ammattilaisia ei ole tarjolla. Erikoislääkäripalvelujen tarjonnassa oli alueellisia eroja, ja pitkien etäisyyksien vuoksi on priorisoitu laajaa lähipalveluverkkoa. Avosairaanhoidon vastaanotolla kävi keskimäärin puolet väestöstä, mutta kunnittainen vaihtelu oli suurta (38–74 %). Vuodessa yli viisi kertaa hammaslääkäriässä käyneiden aikuisten määrä vaihteli huomattavasti kunnittain (3–14 %). Kuten koko maassa, reilu viidennes perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä tehtiin sähköisesti, mutta kunnittainen vaihtelu oli tässäkin huomattavan suuri (8–34 %).

Teknologiaa ja palveluohjausta lisätty

Digitaalisia palveluja, muun muassa OmaOlo- ja chat-palvelua, on lisätty, mutta niitä on tarjolla vaihtelevasti. Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan palveluohjaukseen panostettiin, esimerkiksi asiakaskoordinaattorimalleilla. Yhdessä kunnassa lääkärin vastaanotolla oli mukana niin sanottu avainhoitaja. Vastaanotto toimintoja kehitettiin järjestäjäkohtaisesti. Oman perusterveydenhuollon päivystyksen koettiin vahvistavan palveluita. Fysioterapeuttien suora vastaanotto lisättiin.

Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden rekrytoinnissa on onnistuttu suurella osalla aluetta. Vahvan matkailuelinkeinon ansiosta lääkäreitä on saatu hyvin, mutta heidän vaihtuvuutensa on suurta.

Vakituiset virat pyritään täyttämään, ja osaavan henkilökunnan saanti ja koulutus halutaan alueella varmistaa. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen on myös oleellista. Tavoitteena on saada alueelle maakunnallinen yhteisrekrytointi.

3.1 Asiantuntija-arvio

Kainuun sote järjestää alueen palvelut, lukuun ottamatta Puolangan kunnan ulkoistamia peruspalveluja. Palvelujen tarve, monien tautiryhmien sairastavuus ja ennenaikainen kuolleisuus on suurta. Väestö on iäkästä, ja väkimäärä on vähentynyt jo vuosien ajan. Työkyvyttömyyseläkettä saavia on paljon. Tarpeeseen suhteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat maan suurimpia. Maakunnan huoltosuhteen heiketessä ja talouden tiukentuessa paineet kustannusvaikuttavampaan toimintaan kasvavat.

Mielenterveyspalveluissa sekä vertikaalista että horisontaalista integraatiota

Kainuun soten organisaatio mahdollistaa sekä hallinnollisen että toiminnallisen integraation kaikilla organisaatiotasoilla. Alueen yhteinen tietopohja edesauttaa tiedolla johtamista, ja tietojen yhteiskäyttö on joustavaa. Sekä vertikaalinen että horisontaalinen integraatio vaikuttavat toimivan. Perus- ja erityistason välillä on tiivis yhteistyö ja toimintamalleista on sovittu. Sivistyspuolen kanssa on säännöllisiä tapaamisia, ja seutuyhteistyössä on mukana myös kokemusasiantuntijoita.

Toiminta on muuttunut asiakaslähtöiseen ja avohoitopainotteiseen suuntaan. Matalan kynnyksen palveluja on tarjolla lapsille ja nuorille sekä aikuisille, osin aktiivisen järjestötoiminnan ansiosta. Myös kehittämishankkeita on toteutettu järjestöjen kanssa. Prosesseja ja hoitoketjuja on hiottu ja ennaltaehkäisevää työtä tehty. Digitaalisten palvelujen käyttö on lisääntynyt ja monipuolistunut.

Lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluja on useissa eri toiminnoissa. Aikuisten perustason mielenterveyspalvelut ovat lähipalveluja. Psykiatrien ja psykologien palveluja hankitaan ostopalveluna. Terapiaosamisessa ja -palveluissa on alueella edelleen haasteita. Henkilöstön koulutukseen on panostettu.

Kotiin vietäviä palveluja kehitetty monitoimijaisesti, ikääntyneiden palveluissa etähoivaa

Kainuun soten organisaatio mahdollistaa hyvin palvelujen yhteensovittamisen, ja peruspalvelut itse järjestävässä kunnassa se toteutuu, koska henkilöstö toimii fyysisesti lähekkäin. Kainuun soten henkilöstön liikuteltavuus vanhuspalvelujen sisällä eri kuntien alueella kotihoidosta ympärivuorokautiseen onnistuu. Yhteinen tietopohja edesauttaa sekä hoitopäätösten tekoa että tiedolla johtamista.

Palvelurakenne on kotihoitopainotteinen. Kotiin vietäviä palveluja on kehitetty aktiivisesti; kotihoidon lisäksi niitä antavat kotikuntoutus ja kotisairaala, myös saattohoitoa on. Yhden ensihoitajan malli lopetettiin säästösyistä. Yhteistyötä ja kehittämistä tehtiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä muiden sosiaalipalvelujen kanssa. Hoitoketjutyö on aktiivista. Kotihoidon etähoivaa on kehitetty ja tavoitteet asetettu. RAI-järjestelmää käytetään laajasti.

Saumaton yhteistoiminta on tehostanut vanhusten hoidossa moniammatillista yhteistyötä. Säännölliset kotihoitopalvelut alkavat aina arviointijaksolla, ja suun terveydenhuollon tarkastukset tehdään säännöllisen kotihoidon alkaessa. Monialaiset ja -ammatilliset ryhmät ovat mukana kotiutuksen ja ympärivuorokautisen hoivan arvioinnissa.

Ammattiosaajista on pulaa ja vastaanotoille pääsyssä haasteita, sähköiseen asiointiin on panostettu

Kainuun kokoisella alueella palvelujen saavutettavuus ja ihmisten yhdenvertaisuus ovat haaste. Lääkäritilanne Puolangalla on ollut vuosia hyvä, eikä hoitoon pääsyssä ole ollut viiveitä. Kainuun sotessa oli erityisen heikko lääkäritilanne, mikä heijastui toimintaan ja kuormitti kaikkia ammattiryhmiä. Asiakkaat suhtautuivat kriittisesti terveysaseman vastaanottopalvelujen toteutumiseen kohtuullisessa ajassa, ja joka viides koki, ettei saanut lääkärin vastaanottopalveluja riittävästi.

Avohoidon lääkärikäyntejä on ollut keskimääräistä vähemmän viime vuosina ja hoitajakäyntejä maan eniten suhteessa lääkärikäynteihin. Vastaanottoaikoja oli paikoittain erittäin heikosti saatavissa lääkärin, osin myös hoitajien, vastaanotoille ja hoitoonpääsy viivästyi.

Johtamisrakenteet ovat kunnossa, ja käytänteitä on yhtenäistetty. Terveyskeskuksilla on yhteiset resurssit, yhteistyötä tehdään ja työtä tasataan. Yhteissuunnittelu terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon kesken toimii. Erikoissairaanhoidon hoito myös tukee peruspalveluja, mutta uudet erikoissairaanhoidosta siirretyt tehtävät lisäsivät työn kuormittavuutta terveysasemilla.

Peruspalveluissa lisättiin henkilöstöä ja panostettiin sähköiseen asiointiin sekä etälääkäritoimintaan. Alueella on kokeiltu toimintamallia, jossa asioidaan ensi sijassa sähköisesti. Sähköinen asiointi on myös hoitoketjuissa optimoitu.

Rekrytointia tehtiin perinteisesti, mutta myös innovatiivisesti. Henkilöstön saatavuutta heikentää pitkä etäisyys yliopistosairaaloihin.

Uusi sairaala -hanke keskittyy perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovittamiseen tarjoamalla palveluja samassa rakennuksessa. Perusterveydenhuollon avohoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan suurimmat.

Teknologiaa, verkostoja ja varhaisen tuen menetelmiä sekä hyte-työtä lasten ja nuorten palveluissa

Kodin ulkopuoliset sijoitukset ja huostaanotot ovat maan yleisimpiä, mikä voi viitata varhaisen tuen puutteisiin. Uusia lastensuojelun avohuollon asiakkaita oli kuitenkin edellisvuotta vähemmän, ja laajat terveystarkastukset toteutuivat lastenneuvolassa hyvin.

Varhaisessa tuessa ja ennaltaehkäisyssä toiminnan rakenteet ovat kunnossa. Perhekeskustoiminta on vakiintunutta, ja alueella on maakunnallinen hyte-työryhmä ja nimetty hyte-koordinaattori. Verkostojen yhteistyötä koordinoidaan.

Varhaisen tuen menetelmiä on käytössä useita, ja henkilökuntaa koulutetaan aktiivisesti niitä käyttämään. Systemisen lastensuojelumallin kokeilu alkaa. Perhetyön kohtaamispaikan toimintaa kehitetään. Digitaalisia palveluja on lukuisia. Etähoitoa tutkitaan ja kehitetään Voimaperheet-hankkeessa.

Henkilöstön saatavuus on monien eri ammattiosaajien osalta edelleen puutteellista.

Alueellinen hyte-kertomus valmistuu vuonna 2020. Vaikutusten ennakoarvioinnin käyttöönotto on hyte-työn painopisteenä.

3.2 Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus ja kustannukset

Alueen kuntien talous on parantunut

Kainuun kuntien (8) talous parani vuonna 2019 koko maan kehitystä enemmän kuntien talouden tunnuslukujen mukaan. Sote-palvelujen rahoitusmahdollisuuksia haastaa kuitenkin se, että alueen kuntien tilikauden tulokset olivat alijäämisiä puolessa alueen kunnista. Tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava vuosikate asukasta kohti parani edeltävään vuoteen verrattuna kaikissa alueen kunnissa. Kainuussa ei ollut yhtään negatiivisen vuosikatteen kuntaa. Vuosikate riitti kattamaan poistot neljässä kunnassa: Kajaanissa, Hyrynsalmella, Puolangalla ja Sotkamossa. Alueen keskuskaupungin Kajaanin ja Sotkamon kunnan tulokset paranivat selvästi vuonna 2019.

Sote-uudistuksen toteutuessa valtion rahoituksen taso lähes ennallaan

Käynnissä olevan sote-uudistuksen rahoituslaskelmassa valtion rahoitusosuus kasvaisi alueella (0,9 %). Asukasta kohti valtion rahoituksen lisäys, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen huomioituna, olisi 39 euroa. Kuntien ilmoittamien vuoden 2019 tilinpäätösennakkotietojen ja vuoden 2020 talousarviokyselyn perusteella tehtyjen rahoituslaskelmien (10.6.2020) mukaan Kainuun sosiaali- ja terveystalouden kustannusten laskennallinen lähtötaso on vuoden 2020 tasolla arvioituna 308,7 miljoonaa euroa.

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset kustannukset olivat maan suurimmat

Kainuun kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2019 yhteensä 318,7 miljoonaa euroa (4 408 euroa / asukas). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan toiseksi suurimmat, lähes 27 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin ([kuviot 2](#)). Kustannukset kasvoivat 1,5 prosenttia edellisvuodesta, koko maassa 4,9 prosenttia. Alueen kuntien välillä kustannusten erot olivat suuria; vaihtelua oli Puolangan 6 209 eurosta Kajaanin 3 934 euroon asukasta kohti.

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin osa muodostui erikoissairaanhoidosta (42 %), sen osuus on pysynyt ennallaan edellisvuoteen verrattuna. Erikoissairaanhoidon, suun terveydenhuollon ja perusterveydenhuollon avohoi-

don kustannukset olivat kaikki maan suurimmat. Asukaskohtaiset päihdehuollon erityispalvelujen kustannukset kasvoivat 19 prosenttia edellisvuodesta, mutta ovat edelleen maan pienimmät.

Alueen väestön palvelutarpeeseen suhteutetut menot ovat korkeat

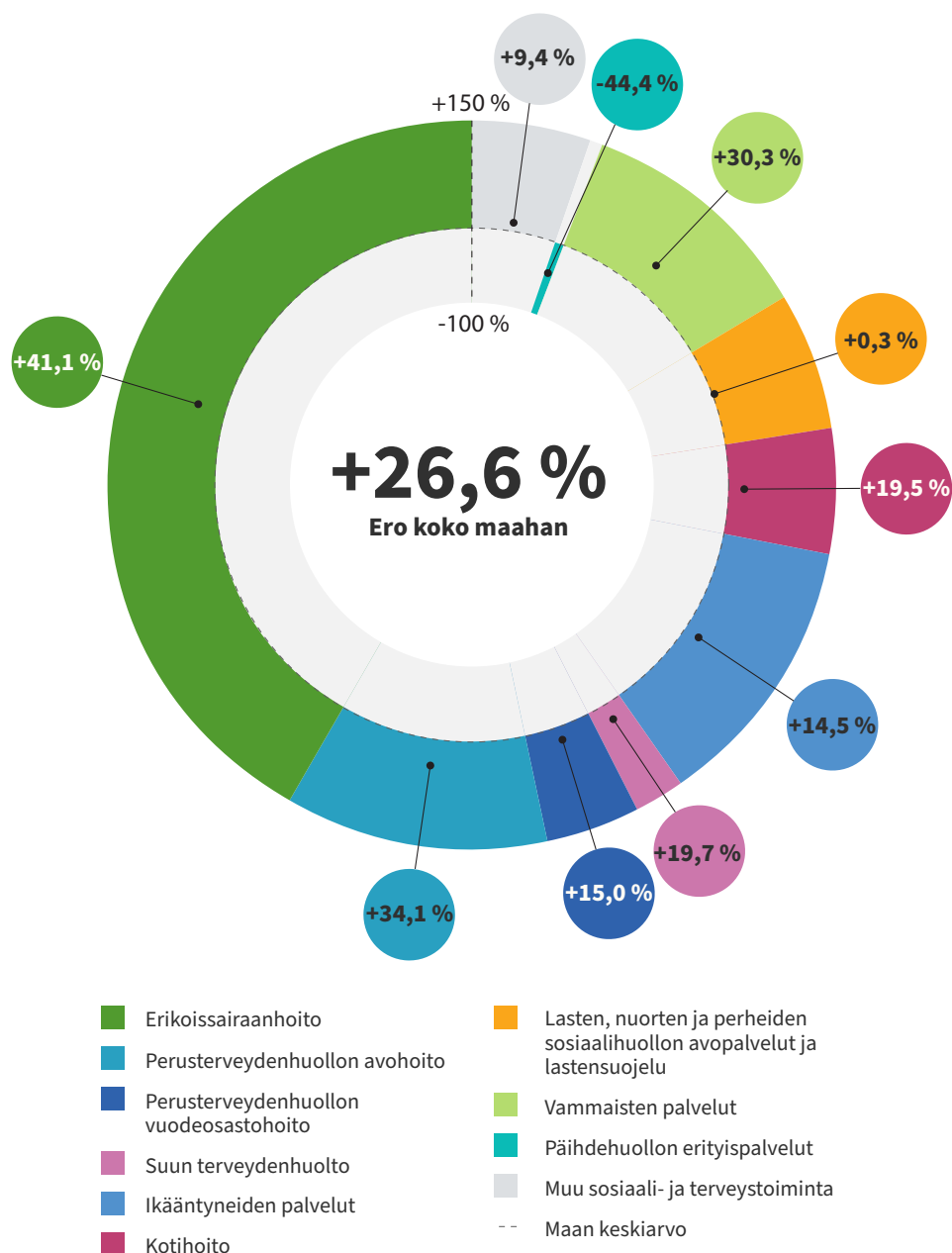
Kainuun alueella väestön palvelutarve on keskimääräistä suurempi. THL:n vuonna 2020 päivittämien laskelmien mukaan väestön ikä- ja sukupuolirakenteen, sosioekonomisen aseman ja sairastavuuden huomioiva palvelutarve oli alueella 22 prosenttia suurempi kuin maassa keskimäärin, maan kolmanneksi suurin. Vuonna 2018 tarpeeseen suhteutetut menot olivat maan toiseksi korkeimmat Lapin kanssa, seitsemän prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Alueen sisällä palvelutarve oli matalimmillaan kahdeksan prosenttia suurempi (Kajaani) ja suurimmillaan 57 prosenttia suurempi (Puolanka) kuin maassa keskimäärin. Asukkaiden palvelutarpeeseen suhteutetut menot olivat alueen pienimmät Paltamossa, kaksi prosenttia keskimääräistä pienemmät.

3.3 Keskeiset seurantatulokset

Vuoden 2019 tarkasteluun valittiin rajattu joukko ydinindikaattoreita. Palvelujärjestelmän kustakin tehtäväkokonaisuudesta käydään läpi Kainuun keskeiset havainnot. Lisätietoja tarkasteluun kuuluneista indikaattoreista löytyy julkaisun lopusta (ks. julkaisun [menetelmät ja laatuseloste](#), [liitetaulukko 2](#)). Alla olevassa tekstissä nostetaan esiin ne, jotka poikkeavat selkeimmin maan keskimääräisestä.

Kainuussa terveystalouden asiantuntijoiden edustus kuntien hyte-työryhmissä oli maan keskitasoa, mutta sosiaalipalvelujen edustus maan pienimpiä. Liikuntapalvelujen ja sosiaali- ja terveystalouden yhdessä sopima liikuntaneuvonnan palveluketju toimi vain joka neljännessä alueen kunnassa, maan kolmanneksi huonoiten. Lastenneuvolaohjauksella oli maan toiseksi eniten lapsia hoidettavanaan, mikä ylitti suosituksen. Koulupsykologipalvelujen resursointi oli peruskouluissa, lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa maan parhaimpia. Peruskoulun viidesluokkalaisten fyysistä toimintakykyä kartoittavissa Move!-mittauksissa heikoimpaan kolmannekseen kuuluvia oli maan neljänneksi eniten. Alueen lukiolaisilla oli verrattain vähän huumeokeiluja. Aikuis-

Kuvio 2. Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakauma ja alueen ero maan keskiarvoon 2019.



Kuviossa esitetään kustannusten (euroa / asukas) jakauma tehtävittäin. Jos alueen menot ovat maan keskiarvoa suuremmat, kuvion tehtäväkohtainen osa ylittää katkoviivalla kuvatun maan keskiarvon. Ero maan keskiarvoon on kuvattu myös prosentteina. Tehtäväkohtaisen osuuden leveys kuvaa suhteellista osuutta kaikista sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista.

väestössä alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia oli keskimääräistä enemmän. Työttömien terveystarkastusten kattavuus oli maan suurin.

Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja oli suhteellisesti maan kolmanneksi eniten. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saivat maan suurimpiin kuuluvat osuudet 18–34- ja 25–64-vuotiaista. Psykiatrian laitoshoitopäivät vähenivät 25–64-vuotiaiden ikäryhmässä, mutta lisääntyivät yli 65-vuotiaiden ja erityisen paljon 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä, missä niitä oli maan eniten. Muissakin ikäryhmissä niitä oli maan suurimpia määriä. Keskimääräinen odotusaika nuorisopsykiatriaan oli maan pisin. Aikuisten perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyskäyntien ja psykiatrian erikoisan avohoitokäyntien yhteismäärä oli vastaavanikäisen väestön käynteihin suhteutettuna maan suurin. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden määrä oli väestöön suhteutettuna maan suurimpien joukossa mutta päihdehuollon laitoksissa maan pienin.

Uusien lastensuojelun avohuollon asiakkaiden määrä oli vähentynyt edellisvuodesta kaikissa ikäryhmissä ja oli maan pienimpiä 13–17-vuotiailla. Maan pienimpiin kuuluva osuus lapsista kävi kasvatus- ja perheneuvoloissa. Alle 20-vuotiailla naisilla raskaudenkeskeytyksiä oli maan toiseksi vähiten Etelä-Karjalan ja Pohjanmaan alueiden kanssa. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa oli oppilaita lääkäriä kohden yli suosituksen.

Perusterveydenhuollossa epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoito vaikutti suositusten mukaiselta. Sähköisten asiointikäyntien osuus perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä oli maan suurin. Lääkärilläkäynnin syy kirjattiin useammin kuin edeltävänä vuonna, ja kirjaamisen yleisyys oli maan keskiarvon tuntumassa.

Lasten rokotuskattavuudet olivat maan keskitasoa hieman korkeammat. Papilloomavirusrokotteen saaneiden tyttöjen osuus oli maan pienimpiä. Clostridium difficile -ripulitapauksia oli alueella maan toiseksi eniten vuonna 2018. C-hepatiitti-infektioita oli vähän.

Suun terveydenhuollon käyntejä oli terveyskeskuksessa paljon. Lokakuussa 2019 kiireettömistä perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä maan suurin osuus toteutui yli kolmen viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista. Kelan korvaamia yksityisen hammashoidon hammaslääkäri- ja suuhygienistikäyntejä oli maan toiseksi vähiten. Reikiintyneiden, paikattujen ja poistettujen hampaiden lukumäärää kuvaava DMF-indeksi oli 12-vuotiailla maan toiseksi suurin.

Ensihoitotehtäviä oli asukaslukuun suhteutettuna maan eniten. Korvattavien potilasvahinkojen osuus hoitotapauksista oli maan kolmanneksi suurin.

Kotona 75 vuotta täyttäneistä asui maan pienimpiä osuuksia vuonna 2018; omaishoidontuella hoidettiin useaa ja säännöllistä kotihoitoa sai hyvin moni. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäivien määrä on vähentynyt, mutta oli edelleen maan suurimpia. RAI-järjestelmää käytettiin jo kattavasti; useamman kuin joka viidennen 75 vuotta täyttäneen palvelutarpeet on arvioitu systemaattisesti.

Vaikeavammaisten palveluasumisen asiakkaita oli väestöön suhteutettuna maan kolmanneksi eniten. Kuljetuspalveluja sai vammaispalvelulain nojalla maan suurin osuus väestöstä. Ikääntyneiden osuus näissä palveluissa oli maan suurin. Väestöön suhteutettuna kehitysvammaisten tuetun ja ohjatun asumisen asiakkaita oli maan eniten ja autetun asumisen asiakkaita kolmanneksi eniten. Tukipalveluja vuoden aikana saaneista kuljetuspalveluja saaneita oli maan toiseksi eniten. Väestöön suhteutettuna vammaisille myönnettäviä palveluja ja tukia oli maan eniten (2018).

3.4 Perustason mielenterveyspalvelujen saatavuus ja laatu

Vuosille 2020–2030 laaditun kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman (Vormaa ym. 2020) mukaan mielenterveyden häiriöt ovat yleistyneet. Koko maan tasolla lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä johtuu mielenterveyden häiriöistä. Myös mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus on kasvanut kaikilla alueilla ([kuvio 3](#)).

Johtamisessa ja rakenteissa tehdyt tai suunnitellut muutokset palvelujen saatavuuden ja laadun vahvistamiseksi

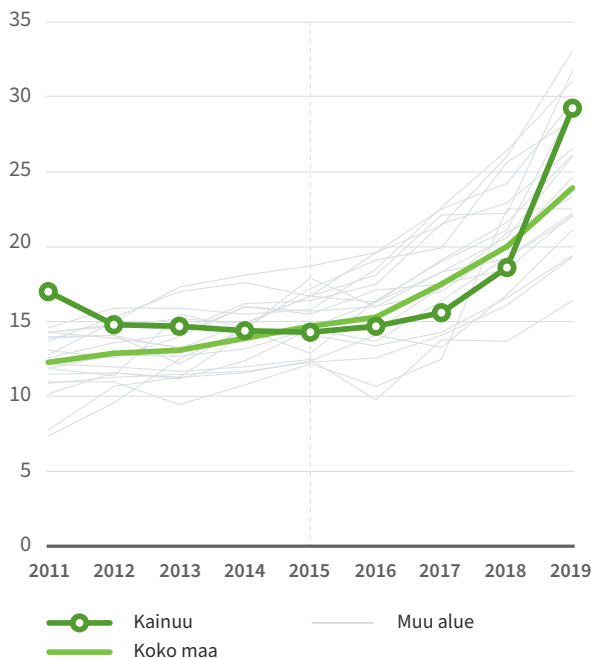
Kainuussa on kaksi järjestäjää, joissa molemmissa on hyvä mahdollisuus hallinnolliseen ja toiminnalliseen integraatioon. Perus- ja erityistason yhteistyötä on tehty vuosia. Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluihin kuuluu näihin liittyvät erikoissairaanhoito ja

perusterveydenhuolto sekä kuntoutus. Asumispalvelut ovat siirtyneet kunnilta soten vastuulle. Organisaattorakenne muuttuu vuonna 2021: lapsiperheiden terveyspalvelut siirtyvät osaksi terveyden ja sairaudenhoidon tulosaluetta. Terveyssozialityö on osana aikuissosiaalityötä. Integraation ja monialaisen toiminnan haasteena on jatkossakin palvelujen ja johtamisen yhteensovittaminen. Haasteena on myös työnjaon ja vastuiden selkiyttäminen kunnan ja Kainuun soten välillä.

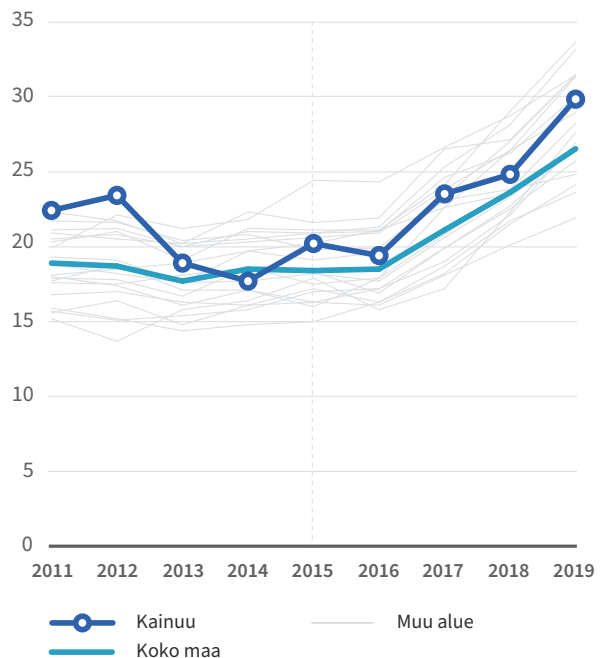
Mielenterveysongelmat olivat yleisiä ja avohoitopalvelujen käyttö runsasta. Mielenterveysperusteisesti sai sairauspäivärahaa yhä useampi nuori. Työikäisten työkyvyttömyyseläkkeet mielenterveyden ja käytäytymisen häiriöiden vuoksi olivat yleisiä. Aikuisten mielenterveyspalvelut tarjotaan lähipalveluna. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen päivystys on yhteispäivystyksen yhteydessä. Lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluja tarjotaan useissa toiminnoissa, ja yhteistyö on tiivistä koulukuraattorien kanssa.

Kuvio 3. Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet vuosina 2011–2019.

18–24-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä



25–64-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä



Kuviossa esitetään, miten mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden lukumäärä on kehittynyt alueella ja koko maassa vuosien 2011 ja 2019 välillä väestömäärään suhteutettuna. Indikaattorin tulkinnassa on huomioitava alueen työllisyystilanne. Alueilla, joilla on paljon työttömyyttä, on vähemmän sairauspoissaoloja.

Integraation ja tiedolla johtamisen kehittäminen laadun ja saatavuuden vahvistamiseksi

Perus- ja erityistason välillä on tiivistä yhteistyötä ja toimintamalleista on sovittu. Toiminnallista integraatiota on paljon. Perusterveydenhuollon vastuumallissa mietitään hoitoon osallistujat tapauskohtaisesti, jotta hoidon jatkuvuus turvataan. Tarvittaessa kaikki sote-toimijat voidaan liittää palveluun. Avosairaanhoidon kriisipotilaan arviossa on sairaalatyöntekijä mukana, mikä on vähentänyt sairaalahoidon tarvetta. Alueen yhteinen tietopohja edesauttaa tiedolla johtamista, ja asiakas- ja potilastietojen yhteiskäyttö on joustavaa.

Sivistystoimen kanssa on kuukausittaisia tapaamisia. Seutukunnallisissa tapaamisissa on viranomaisia, järjestöjen edustajia sekä kokemusasiantuntijoita. Yhteistyötä tehdään Pohjois-Suomen aluehallintoviraston Mielenterveys, päihde ja väkivallan ehkäisy -työryhmässä, ja yhteistä kehittämistyötä tehdään Mieli ry:n kanssa Hyvän mielen kunta- ja Hyvän mielen koulu -osioissa. Itsemurhien ehkäisemisen ohjelmassa vuosille 2020–2022 on tavoitteena varhainen tuki, riskiryhmien tunnistaminen ja hoidon kehittäminen Käypä hoito -suositusten mukaiseksi.

Puolessa alueen kunnista on viime vuosina tehty lasten ja nuorten käytös- ja mielenterveyshäiriöiden hoitoketjutyötä sekä yhteistyötä mielenterveysongelmiin vähentämiseksi. Samoin puolessa alueen kunnista, useammin kuin maassa keskimäärin, on terveyskeskuksessa kirjattu toimintaohjeita tuen ja ohjauksen tarjoamisesta mielenterveys- tai päihdepotilaiden omaisille ja läheisille tai itsemurhaa yrittäneelle.

Palvelujen oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden varmistaminen

Aikuisille on tarjolla useita ilman ajanvarausta olevia perustason mielenterveyspalveluja: Nuppa-toiminta, olohuonetoiminnat, huilituvat, päiväkeskukset, lähiötuvat ja aikuissosiaalityö. Koululaiset pääsevät koulukuraattoreille ilman ajanvarausta ja opiskelijat psykiatrisille sairaanhoitajille. Asiakaslähtöisyys on korostunut. Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoon potilaan ympärille kootaan tapauskohtainen työryhmä.

Alueella on aktiivista järjestötoimintaa, ja hanke-rahoituksella tarjotaan useita toimintoja, kuten tutka- ja ote-työpari, VARPU-mentori ja perheohjaajat. Ankuri- ja Aikalisä-toimintamallit sekä perhekoulu ovat käytössä. Voimaperheet-hanke on menossa. Itsemurhien ehkäisyksi kaikkien kuntien metsästysseuroille järjestettiin ”Hyvä mehtäkaveri” -tilaisuuksia.

Henkilöstön osaamiseen sekä muihin resursseihin liittyvä kehittäminen saatavuuden ja laadun vahvistamiseksi

Psykiatreista oli pulaa, eikä heitä aina ollut saatavilla ostopalvelunakaan. Sekä psykiatrin että koulupsykologin palveluja hankittiin ostopalveluna. Psykologiharjoitteluun olisi ollut tulijoita, mutta psykologit puuttuivat ja virkoja oli täyttämättä. Mielenterveyshoitajien sijaisuuksiin oli hankala löytää tekijöitä. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskentelevät psykiatriset sairaanhoitajat olivat työllistettyjä eivätkä aina ehtineet riittävässä määrin tehdä varhaista mielenterveystyötä.

Alueella on vahvistettu hoitohenkilökunnan osaamista mm. järjestämällä Psykoterapeuttisia valmiuksia -koulutusta. Terapiaosaamisessa ja -palveluissa on alueella edelleen haasteita.

Teknologian hyödyntäminen

Digitaalisia palveluja on viime vuosina lisätty. Omasotessa on kokoontunut myös suljettuja mielenterveysryhmiä vuonna 2020. Aikuisien mielenterveyden ja riippuvuuksien hoitopalveluissa on aloittanut Etäapu – Mielenterveys- ja päihdetyötä etänä -hanke.

3.4 Ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen integraatio

Väestön ikääntyminen siirtää kysynnän painetta julkisesti rahoitettuihin sosiaali- ja terveystalveluihin. Ikääntyneiden palvelujen tarve kasvaa erityisesti 75 vuotta täyttäneillä, joiden määrä lisääntyy tulevina vuosina kaikilla alueilla ([kuvio 4](#)).

Ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen integraatiota tukevat organisaatorakenteet ja johtamisjärjestelmät

Kainuun soten organisaatio mahdollistaa hyvin sekä hallinnollisen että toiminnallisen integraation kaikilla organisaatiotasolla. Perustalvelut itse järjestävässä kunnassa integraatio toteutuu, koska henkilöstö toimii fyysisesti lähekkäin.

Kainuun soten vanhustalvelut tekivät yhteistyötä ja kehittämistä vuonna 2019 monella rintamalla: eri-

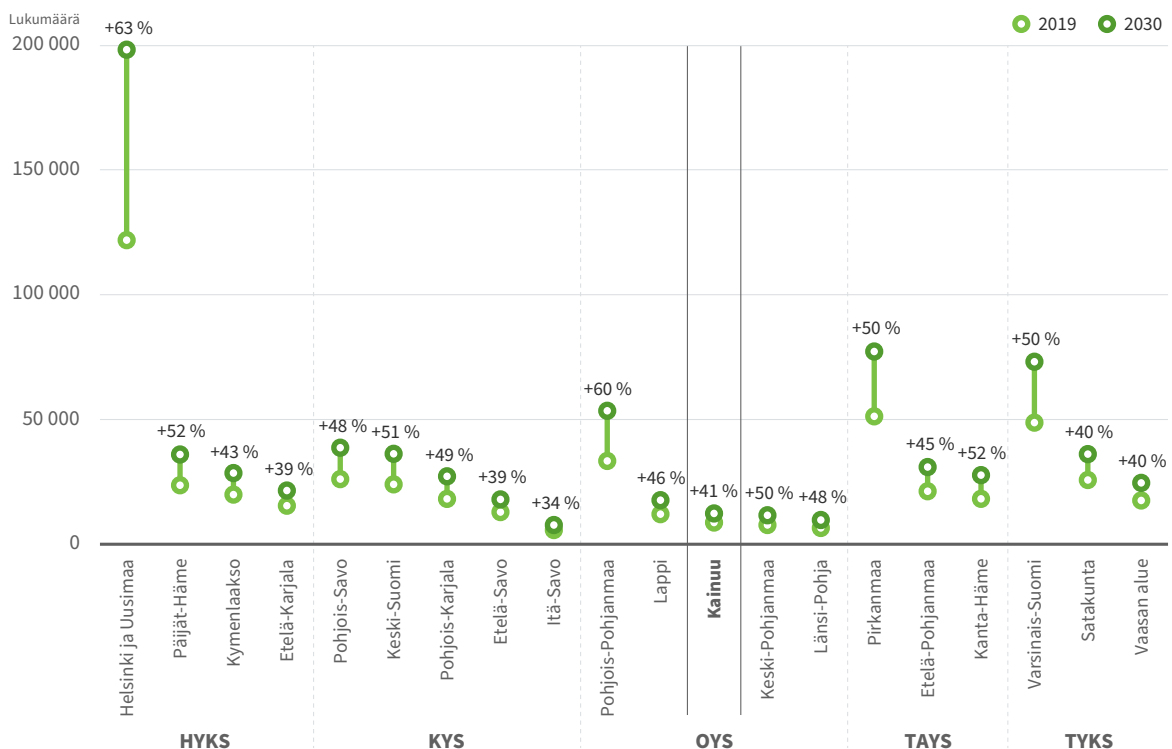
koissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä muiden sosiaalitalvelujen kanssa. Henkilöstön liikkuminen vanhustalvelujen sisällä eri kuntien alueella kotihoidosta ympärivuorokautiseen onnistui.

Terveystalvelut kotihoidossa ja tehostetussa talveluasumisessa

Väestö on iäkästä, ja talvelurakenne on kotihoitopainotteinen. Kotihoidon lisäksi kotiin annettavia talveluja ovat sekä kotikuntoutus että kotisairaala, mutta yhden ensihoitajan malli lopetettiin säästösyistä. Saattohoitotyöryhmä on ollut toiminnassa vuosia, nykyisin sitä johtaa geriatri. Kotisaattohoitoa annetaan yhteistyössä kotihoidon ja kotisairaalan kanssa, ja vastuulääkäri on joko terveystalvelukeskuksesta tai kotisairaalasta.

Kaikkien tulosalueiden kotiin vietäviä talveluja kehitettiin yhtenä kokonaisuutena, ja työtä johti terveyden- ja sairaanhoitotalvelujen kuudeksi kuukau-

Kuvio 4. Ennuste 75 vuotta täyttäneiden lukumäärän kehityksestä alueittain.



📌 Kuviossa esitetään, miten 75 vuotta täyttäneiden lukumäärän ennustetaan muuttuvan vuosien 2019 ja 2030 välillä. Muutoksen suuruutta kuvataan prosentteina. Tiedot perustuvat vuonna 2018 laadittuun Tilastokeskuksen väestöennusteeseen.

deksi palkkaama muutospäällikkö; Kotiin vietävät palvelut -työryhmä jatkaa edelleen. Vanhuspalveluissa alkoi myös Kajaanin kotihoidon monipuolinen kehittämishanke ulkopuolisen asiantuntijan tuella. Etähoivan kehittäminen alkoi sopivien palvelujen kartoittamisella. Tavoitteeksi on asetettu, että viisi prosenttia kotihoidon käynneistä toteutetaan virtuaalisina.

Palvelujen porrastus sekä tiedonkulku ikääntyneiden palvelujen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken

Organisaatorakenne mahdollistaa hyvin palvelujen porrastuksen ja tiedonkulun, ja myös asiakas- ja potilastietojen yhteiskäyttö on joustavaa. Yhteinen tietopohja edesauttaa sekä hoitopäätösten tekoa että tiedolla johtamista. Alueella hoitoketjuja päivitetään aktiivisesti ja työohjeita tehdään monitoimijaisesti, esimerkiksi työohje sairaalasta kotiutumiseen tehtiin erikoissairaanhoidon, sosiaalipäivystyksen sekä vammais- ja vanhuspalvelujen yhteistyönä. Sairaalassa on kotiutusta koordinoivat hoitajat ja kotiuttaminen tehdään yhteistyössä eri hoitavien tahojen kanssa asiakkaan tarpeet huomioiden.

Sotedigi-projektin hankkeessa testattiin sosiaali- ja terveystietojen toisiokäytön lain ja sen tietojohdattamisen pykälän soveltamista ja testaamista. Lisäksi toteutettiin koneoppimisen keinoin ennustemalli siitä, miten yli 75-vuotiaat ohjautuvat säännöllisiin palveluihin. Malli tunnisti 86 prosentin tarkkuudella henkilöt, jotka ovat riskissä ohjautua 12 kuukauden kuluessa säännöllisiin palveluihin. Palveluja kohdentamalla voitaisiin ennaltaehkäistä tai siirtää palvelujen piiriin joutumista. (Pentti ym., 2019.)

Moniammatillinen yhteistyö ikääntyneiden palvelujen ja terveystietojen välillä

Saumaton yhteistoiminta on tehostanut myös vanhusten hoidossa moniammatillista yhteistyötä: on vanhuspalveluille nimetty vastuulääkäri terveyskeskuksessa, muistihoitajat ja geriatripalvelut geriatriassa osaamiskeskuksessa ja kotiutustiimit kotihoidossa sekä vanhuspalvelujen omat fysioterapeutit kotihoidossa ja hoitokodeissa. Konsultaatioapua saa joustavasti eri toimijoilta. Kotisairaala toimii kotihoidon ja asumis- ja palveluyksiköiden tukena. Moniammatillisuus toteutuu myös terveyskeskussairaalan hoitoneuvotteluissa ja ympärivuorokautisen hoivapalvelun myöntämistä arvioivassa monialaisessa työryhmässä, johon kuuluu myös geriatri.

Vanhuspalveluissa keskitetty asiakas- ja palveluohjaus on toiminut jo vuosia, mutta Kainuun soteneerinen asiakas- ja palveluohjaus on vasta käynnistetty. RAI-arviointi on laajasti käytössä. Säännölliset kotihoitopalvelut alkavat aina arviointijaksolla. Lisäksi suun terveydenhuollon tarkastukset tehdään säännöllisen kotihoidon alkaessa.

Koneellinen annosjakelu on käytössä koko vanhuspalvelussa, ja kokonaislääkitys arvioidaan säännöllisesti – siinä ovat mukana kotihoidon sekä ympärivuorokautisen hoivan vastuulääkärit. Lääkärit ja ravitsemusterapeutit avustavat tarvittaessa ravitsemustilan seurannassa.

Lätkäille annettavat palvelut vaikuttavat kattavilta ja integraatio toimivalta. Lätkäiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit ovat vähentyneet edellisvuodesta vaikka ovatkin maan keskitasoa yleisempiä. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoitopäivät ovat vähentyneet viime vuosina, mutta niitä on maan neljänneksi eniten. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäiviä oli iäkkäillä maan keskitasoa vähemmän, mikä viittaa toimiviin hoitoketjuihin ja kotiutuksen sujuvuuteen. Lätkäiden määrään suhteutetut kustannukset pienenevät edellisvuoteen verrattuna koti- ja laitoshoidossa sekä ympärivuorokautisessa hoivassa.

3.6 Perusterveydenhuollon palvelujen saatavuus, yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa palvelutarpeeseen vastaamiseksi ja toimenpiteet riittävän ja ammattitaitoisen henkilöstön varmistamiseksi

Palvelutarpeiden ennakointi ja riittävä resursointi varhaisessa vaiheessa hillitsevät kustannusten kasvua. Kainuun kokoisella alueella palvelujen saavutettavuus ja täten ihmisten yhdenvertaisuus ovat haaste. Alueen asiakkaat suhtautuivat maan kriittisimmin terveysaseman vastaanottopalvelujen toteutumiseen kohtuullisessa ajassa vuonna 2018. Hoitoa tarvinneista joka kahdeksas ei mielestään saanut riittävästi hoitajan vastaanottopalveluja eikä joka viides lääkärin vastaanottopalveluja, mikä on maan heikoin luku. Puolanka on ulkoistanut peruspalvelunsa, ja lääkärilanne siellä on ollut vuosia hyvä eikä hoitoonpääsyssä ole ollut viiveitä.

Terveyskeskuslääkäreiden puuttuminen kuormittaa kaikkia ammattiryhmiä

Heikko lääkäritilanne on heijastunut alueella terveysasemien toimintaan jo vuosia, mutta vuosi 2019 oli erityisen hankala. Lääkäriliiton selvityksen mukaan lokakuussa 2019 lääkärivaje oli maan suurin (31 %) ja asukkaita työssä olevaa terveyskeskuslääkäriä kohden oli maan eniten. Ulkoistuksien ja ostopalvelujen osuus terveyskeskuslääkäritehtävistä oli reilu kymmenys. Ulkoistettujen terveysasemien vastuulla oli sairaanhoitopiirin väestöstä neljä prosenttia.

Tilanne on kuormittanut kaikkia ammattiryhmiä ja näkynyt asiakkaille lääkärin vastaanottoaikojen heikona saatavuutena ja hoitoonpääsyn pitkittymisenä. Myös hoitajien vastaanotoille pääsyssä on ollut viiveitä.

Yhteyden ottaminen potilasasiamiehen on terveysasemien hoitoonpääsyyn liittyvissä asioissa selvästi yleistynyt. Hoitotakuun toteutumista ei voida arvioida THL:n Avohilmossa olevien tietojen perusteella Kainuun vähäisten tietojen vuoksi; kuukausittainen tieto oli vain 5–31 vastaanottokäynnistä vuonna 2019. Valvontaviranomainen valvoi hoitoonpääsyä aluehallintovirastoon tulleiden yhteydenottojen perusteella.

Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset edelleen korkeat, maan suurimmat

Kainuun sotessa seurattiin viikoittain terveysasemien jokaisen lääkärin ja terveydenhoitajan ”T3-aikaa” eli sitä, milloin heillä on kolmas vapaa vastaanottoaika. Kuukausittain seurattava terveysaseman T3-aika on näiden viikoittaisten mediaanien keskiarvo. Kainuun soten toimittamassa aineistossa T3-ajat vaihtelivat terveysasemittain ja ajankohdittain. Huolestuttavaa oli, että neljällä terveysasemalla oli kuukausia, jolloin lääkäreille ei ollut varattavissa yhtään vastaanottoaika. Vastaava tilanne oli kahden terveysaseman terveydenhoitajilla. Pienillä terveysasemilla vastaanottojen saatavuus vaikutti paremmalta.

Avohoidon lääkärikäyntejä on ollut keskimääräistä vähemmän viime vuosina ja hoitajakäyntejä maan eniten suhteessa lääkärikäynteihin, lähes kolminkertaisesti. Lääkäripalvelujen korvaaminen useilla hoitajakäynneillä ei näkynyt kustannussäästönä. Perusterveydenhuollon avohoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan suurimmat, 34 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin ([kuvio 2](#)) ja lähes ennallaan edellisvuoteen verrattuna.

Vaikka palvelujen käyttö on vähentynyt, noin puolet väestöstä kävi avosairaanhoidon vastaanotolla,

joskin kunnittainen vaihtelu oli suuri (33–79 %). Sähköisesti käynneistä toteutui maan suurin osuus. Hoitoketjuissakin on huomioitu sähköiset palvelut.

Johtamista on kehitetty, toimintatapoja yhtenäistetty ja henkilöstöä lisätty vastaanotoille ja etäpalveluihin

Vastaanottojen esimiesten yhteiset palaverit jatkuivat säännöllisesti. Ammattiryhmäkohtaiset palaverit pidettiin kaikilla terveysasemilla samanaikaisesti, ja ne aloitettiin kuntien yhteisellä osiolla, mikä paransi yhteistyötä. Terveyskeskuksilla on yhteiset resurssit, yhteistyötä tehdään ja työtä tasataan. Avosairaanhoitoon voidaan keskittyä, kun henkilöstöresurssi ei jakaudu muihin tehtäviin, esimerkiksi vuodeosastolääkärit ovat erikseen. Uudet erikoissairaanhoidosta siirretyt tehtävät lisäsivät hoitohenkilökunnan työn kuormittavuutta terveysasemilla.

Henkilöstöä lisättiin sekä vastaanottotoimintaan että etäpalveluihin. Henkilöstön saatavuutta heikentää pitkä etäisyys yliopistosairaaloihin. Sairaanhoitaja- ja lähihoitajakoulutusta on lähellä, mutta sijaisia on joskus vaikea saada. Rekrytointia tehtiin perinteisesti, mutta myös innovatiivisesti järjestämällä Sairaalan hyvä filmifestari, johon tuli bussilasteittain lääketieteen kandidaatteja. Lääkäreirekrytointiin harkitaan myös palvelun ostamista.

Yhteissuunnittelu terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon kesken toimii. Erikoislääkärit antavat konsultaatiota ja jalkautuvat terveysasemille, ja jalkautumista on tarkoitus laajentaa jatkossa.

Kajaanin perusterveydenhuolto muutti lokakuussa 2020 uuden sairaalan tiloihin. Organisaatiomuutoksessa tulosalueiden määrä vähenee 1.1.2021, kun sairaanhoito- ja terveydenhuoltopalvelut kootaan yhdelle tulosalueelle.

3.7 Toimenpiteet lasten, nuorten ja perheiden varhaisen tuen ja ennaltaehkäisevien palvelujen saatavuuden vahvistamiseksi, myös hyte-yhteistyö

Lastensuojeluilmoitukset ja palvelujen käyttö ovat lisääntyneet viime vuosina. Kodin ulkopuoliset sijoitukset ja huostaanotot olivat maan yleisimpiä, mikä voi viitata heikkoon varhaisen tuen saatavuuteen. Kouluikäisten huonovointisuutta lisäävät koulukiu-

saaminen, yksinäisyys ja vanhempien liiallinen alkoholin käyttö. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit alkoivat erinomaisesti, mutta vuonna 2019 niiden valmistumisessa oli määräaika ylityksiä.

Ennaltaehkäiseviä palveluja tarjolla runsaasti, palvelut painottuvat korjaaviin palveluihin

Puolangan kunnassa palvelutarve on muuta Kainuuta suurempaa. Sitä nostavat muun muassa yhden vanhemman perheiden, työttömien nuorten sekä koulutuksen ulkopuolelle jääneiden suuri määrä. Siellä perhepalveluiden keskiössä on asiakaslähtöinen varhaisen tuen perhetyö, ja moniammatillisuus onnistuu, koska pienessä kunnassa henkilökunta tuntee toisensa.

Kainuun sotessa varhaisen tuen ja ennaltaehkäisytoiminnan rakenteet ovat kunnossa. Perhekeskustoiminta on vakiintunutta ja kattavaa, lisäksi on maakunnallinen hyte-työryhmä ja nimetty hyte-koordinaattori. Perhekeskusten tiimivastaavat koordinoivat lasten ja nuorten kanssa toimivien verkostojen yhteistyötä. Järjestöavustuksia kohdennetaan myös lasten, nuorten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Kunnilla on etsivää nuorisotyötä, ohjaamo-toimintaa Kajaanissa ja vertaisryhmätoimintaa. Palvelut kuitenkin painottuivat korjaaviin palveluihin ennaltaehkäisevien palvelujen sijaan.

Horizontaalinen integraatio näkyy monipuolisena ja säännöllisenä toimintana

Horizontaalinen integraatio on moninaista. Johdon tasolla kokoustetaan säännöllisesti sivistystoimen kanssa. Perusopetus, maahanmuuttotyö ja varhaiskasvatus osallistuvat perhekeskustiimeihin. Neuvolatyössä lasten neurologiset arviot tehdään yhteistyössä varhaiskasvatuksen kanssa ja käytössä ovat myös asiakaskohtaiset tiedonsiirtolomakkeet. Neuvolat ja aikuissosiaalityö osallistuvat kuntien hyte-työryhmiin. Lisäksi yhteistyötä on kuntien oppilashuollon ohjausryhmissä, joiden tehtävänä on muun muassa seurata lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman toteutumista.

Henkilöstön saatavuus on edelleen puutteellista useissa ammattiryhmissä (psykologit, sosiaalityöntekijät, toiminta- ja puheterapeutit sekä lääkärit). Lastensuojelun sosiaalityöntekijät hoitavat myös muita sosiaalihuollon asiakkuuksia.

Varhaisen tuen menetelmiä ja sähköisiä palveluja on otettu laajasti käyttöön

Uusia lastensuojelun avohuollon asiakkaita oli edellisvuotta vähemmän kaikissa ikäryhmissä ja maan vähi-ten 13–17-vuotiaissa. Lastenneuvolan laajat nelivuotiaiden terveystarkastukset olivat maan kattavimmat. Varhaisen tuen menetelminä ovat Lapset puheeksi, Varhainen vuorovaikutus, Huoli puheeksi, Verkostotyön menetelmät sekä Perhekoulu. Etähoitoa tutkiva ja kehittävä Voimaperheet-hanke on menossa.

Henkilökuntaa koulutetaan aktiivisesti, muun muassa edellä mainittujen menetelmien käyttöön. Aikuissosiaalityön uusille työntekijöille on motivoivan haastattelun verkkokoulutukset.

Digitaalisia palveluja on lukuisia: muun muassa tiedonhakupalveluja, hyvinvoinnin palvelutarjotin, Omasote sekä ohjaus kansallisiin palveluihin. Asiointipalveluja ovat Onks tää normaalia? -chat ja Some-sossu Facebookissa. Etäpalvelut ovat lisääntyneet, myös järjestökentällä, ja etäosallistuminen tapahtumiin on tullut mahdolliseksi.

Perhetyön kohtaamispaikan avoimen ryhmämuotoisen toiminnan painopistettä on alettu siirtää yleisiin ennaltaehkäiseviin palveluihin. Siinä huomioidaan muidenkin, kuten varhaiskasvatuksen ja järjestöjen, palvelut. Uusi hanke on Tyttöjen tupa, ja vireillä on myös Walkers-toimintamalli. Ankuri-toimintaa on tarkoitus laajentaa.

Alueella lähdetään kokeilemaan systeemistä lastensuojelumallia, jonka tavoitteena on muun muassa huostaanottojen väheneminen.

Alueellinen hyte-kertomus valmistuu vuonna 2020, ja sen perusteella tehdään johtopäätökset ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelma vuosille 2021–2023. Vaikutusten ennakoarvioinnin käyttöönotto on alueellisen hyte-työn painopisteenä seuraavalla valtuustokaudella. Yhteistyössä Itä-Suomen yliopiston Vaikuttavuuden talon kanssa tarkastellaan hyte-työn kyvykkyyssarviota.

Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeessa mainitaan perhekeskustoiminnan tehostaminen, nuorten psykososiaalisen tuen menetelmät ja neuvolatiimit. Kainuu osallistuu erityisvastuualueen yhteiseen Lastensuojelun monialainen kehittäminen 2020–2022 Pohjois-Suomessa -hankkeeseen.

4 Keski-Pohjanmaa

4.1 Asiantuntija-arvio

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvaelukuntayhtymä (Soite) järjestää alueen palvelut. Syntyvyys on suuri, samoin lasten osuus. Tulonjako on alueella maan tasaisin. Ruotsinkielisten osuus väestöstä on suuri. Sairastavuus on hieman keskimääräistä korkeampi. Tarpeeseen suhteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat samat kuin maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon osuus koko sektorin menoista oli maan pienimpiä.

Erikoissairaanhoido vastaa mielenterveyspalvelujen kokonaisuudesta myös perustasolla

Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneita oli nuorissa ja työikäisissä paljon; osuudet olivat maan suurimpia. Aikuisten mielenterveyspalvelut ovat osa erikoissairaanhoidoa ja tilastoituvat sinne, myös peruspalvelut. Lasten ja nuorten palvelut, samoin kuin aikuisten sosiaalipalvelut, ovat organisaatiossa perheiden palveluissa. Perheneuvola on muotoutunut erikois- ja perustason väliin. Psykologeja on myös kouluissa. Lasten ja nuorten palvelukokonaisuus on pirstaleinen. Perheneuvolan terveydenhuolto-osaamista on vahvistettu koululääkärin tuella. Nuorisopsykiatrialta on jalkauduttu lähemmäs nuorten arkea.

Soitessa on onnistuttu hälventämään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon raja-aitaa. Mielenterveyspotilaita tutkitaan, hoidetaan ja kuntoutetaan mahdollisimman lähellä potilaan arkea. Moniammatillisia tiimejä on käytössä, ja vertikaalinen integraatio toimii. Asiakkaat voivat olla suoraan yhteydessä erikoissairaanhoidoon.

Sähköisiä palveluja on tarjolla. Lastenneuvolassa on käytössä Voimaperheet-toimintamalli. Erikoisosaajista on pulaa; psykiatri- ja psykologipalveluja hankitaan ostopalveluna. Hoitoketjutyötä on tehty, ja alueelta on osallistuttu kansallisen mielenterveysstrategian luomiseen.

lääkkäiden palveluissa näkyvät yhteistyö ja kehittäminen

Soitessa toteutuu hyvin sekä hallinnollinen että toiminnallinen integraatio kaikilla organisaation tasoilla. RAI-järjestelmää käytetään tiedolla johtamisen tukena. Tiivistä yhteistyötä ja toiminnan kehittämistä tehdään monitoimijaisesti. Palvelurakenne on keventynyt kansallisten linjausten mukaisesti, mutta poliittista tukea on aiempaa vaikeampi saada muutoksille.

Ikäihmisten palveluissa on laaja kirjo toimintaa ja palvelukokonaisuus on hallittu. Yhteinen tietopohja sujuvoittaa toimintaa. Palliatiivinen poliklinikka ja geriatrinen osaamiskeskus ovat myös osa ikäihmisten palveluja. Toiminnallista integraatiota on strategian mukaisesti lisätty.

Kotisairaalapalvelut toteutuvat koko alueella, ja kotisairaalan, kotihoidon sekä asumisyksikköjen välillä on yhteistyötä myös palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Hoitoketjutyössä on otettu huomioon nivelvaiheet palvelusta toiseen siirryttäessä ja huomioitu myös mahdolliset ennakoivat palvelut esimerkiksi toimenpiteeseen menevän potilaan kohdalla. Kehittämisessä oli mukana asiakkaita ja myös omaisia.

Soiten varahenkilöstö edesauttaa yhteistyötä ja henkilöstön yhteiskäyttöä. Vuonna 2020 alkoi pilotti, jossa yleislääketieteen osaston kyljessä olevaan kotisairaalaan tuodaan muutakin hoitoa ja kuntoutusta ja henkilöstö vuodeosastolta ja kotisairaalaasta liikkuu joustavasti näiden yksiköiden välillä. Pitkällä aikavälillä voidaan avohoitopalveluja kehittää monipuolisemmiksi ja mahdollisesti parantaa sitä kautta alueellista tasavertaisuutta.

Ikäihmisten palvelutarpeen kasvuun vastataan laajalla keinovalikoimalla

lääkkäiden määrä kasvaa väestöennusteen mukaan edelleen. Kantokykyyn nähden palvelut ovat kalliita. Ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset olivat neljänneksen suuremmat kuin maassa keskimäärin, ja erityisesti laitoshoidon kustannukset olivat nousseet edellisvuodesta.

Ikäihmisten alueellinen palvelukokonaisuus on käytössä, samoin RAI-arvioinnin työkalu.

Riittävät resurssit kasvaviin palvelutarpeisiin turvataan parantamalla prosesseja, hyödyntämällä henkilöstön osaamista, ennakoimalla palvelutarvetta ja ottamalla käyttöön uutta tekniikkaa. Soitessa on prosessien kehittämisen työryhmä. Henkilöstöä koulutetaan, ja kouluttautumista tuetaan. Uutta tekniikkaa on otettu käyttöön. Etähoito on keskitetty, ja tavoitteena on korvata kolme prosenttia kotikäynneistä VideoVisit-palvelulla.

Ennaltaehkäisyyn panostetaan. Yhteistyötä tehdään kuntien ja kolmannen sektorin kanssa. Rakentamisen kartoitus senioriasumisen osalta tehdään koko Soiten alueella.

Alueella on käynnistetty palvelurakennemuutoksen ennakkovaikutusten arviointi moniammatillisen tiimin ja päättäjien kanssa yhteistyössä. Tarkoitus on laatia useamman vuoden suunnitelma huomioiden samalla hoito-prosessien kehittäminen sekä alueen asukkaiden hoito- ja palvelutarve.

Sekä lääkärin että hammaslääkärin hoitoon pääsyssä oli ajoittain haasteita

Maakunnallinen järjestäminen vahvistaa palvelujen saatavuutta ja ihmisten yhdenvertaisuutta. Toisaalta alueen pienet terveysasemat ovat haavoittuvaisia, jos henkilöstöresurssi vaihtelee. Kunnittainen vaihtelu palvelujen käytössä on huomattava, ja lääkäreiden saatavuus vaihteli alueittain. Näiden vuoksi hoitoonpääsy vaihteli myös alueen sisällä eikä vain ajankohdan mukaan.

Terveyskeskuspalvelujen käyttö oli alueella yleistä ja yksityispalvelujen käyttö vähäistä, erityisesti suun terveydenhuollossa. Hammaslääkärin hoitoa tarvinneista joka viides koki, ettei saanut palveluita riittävästi. Terveyskeskuslääkäreistä oli alueella huomattava puute, ja edellisvuoteen verrattuna tilanne oli huonontunut selvästi. Suun terveydenhuollossa käytettiin ostopalvelua.

Peruspalvelujen vastaanottotoimintaa on kehitetty muun muassa työnjakoa muuttamalla ja kaikkien ammattiryhmien osaamista hyödyntämällä. Erikoislääkärit, myös erikoishammaslääkäri, ovat jalkautuneet terveysasemille ja antavat konsultaatioita. Sähköistä ja etäasiointia on tarkoitus lisätä. Lisäksi suun terveydenhuollossa otetaan käyttöön Kerralla kuntoon -toimintamalli.

4.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset

Alueen kuntien talous jatkanut edelleen heikentymistään

Keski-Pohjanmaan kuntien (10) talous jatkoi vuonna 2019 heikkenemistään, mikä haastaa sote-palvelujen rahoitusmahdollisuuksia. Alueen kuntien tilikauden tulokset olivat alijäämäisiä Kruunupyytä lukuun ottamatta. Tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava vuosikate asukasta kohti heikkeni myös edelleen puolessa alueen kunnista. Negatiivinen vuosikate kirjattiin Halsualla, Kaustisella ja Lestijärvellä. Vuosikate riitti kattamaan poistot vain Kruunupyyssä.

Sote-uudistuksen toteutuessa valtion rahoituksen tasoon odotettavissa korotusta

Käynnissä olevan sote-uudistuksen rahoituslaskelmissa valtion rahoitusosuus kasvaisi alueella (5,2 %). Asukasta kohti valtion rahoituksen lisäys, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen huomioituna, olisi 180 euroa. Kuntien ilmoittamien vuoden 2019 tilinpäätössennakkotietojen ja vuoden 2020 talousarviokyselyn perusteella tehtyjen rahoituslaskelmien (10.6.2020) mukaan Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten laskennallinen lähtötaso on vuoden 2020 tasolla arvioituna 237,7 miljoonaa euroa.

Erikoissairaanhoidon kustannukset maan pienimpiä

Keski-Pohjanmaan kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2019 yhteensä 285,7 miljoonaa euroa (3 696 euroa / asukas), ja asukaskohtaisina ne ylittivät maan keskitason noin kuudella prosentilla ([kuvio 2](#)). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat 1,9 prosenttia edellisvuodesta, koko maassa 4,9 prosenttia. Alueen kuntien välillä kustannusten erot olivat suuria; vaihtelua oli Lestijärven 4 829 eurosta Kannuksen 3 547 euroon asukasta kohti.

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin osa muodostui erikoissairaanhoidosta (34 %), jonka osuus kokonaiskustannuksista pienentyi kaksi prosenttiyksikköä edellisvuodesta ja oli maan kolmanneksi pienin, noin neljä prosenttiyksikköä pienempi kuin maassa keskimäärin.

Alueen väestön palvelutarpeeseen suhteutetut menot keskimääräiset

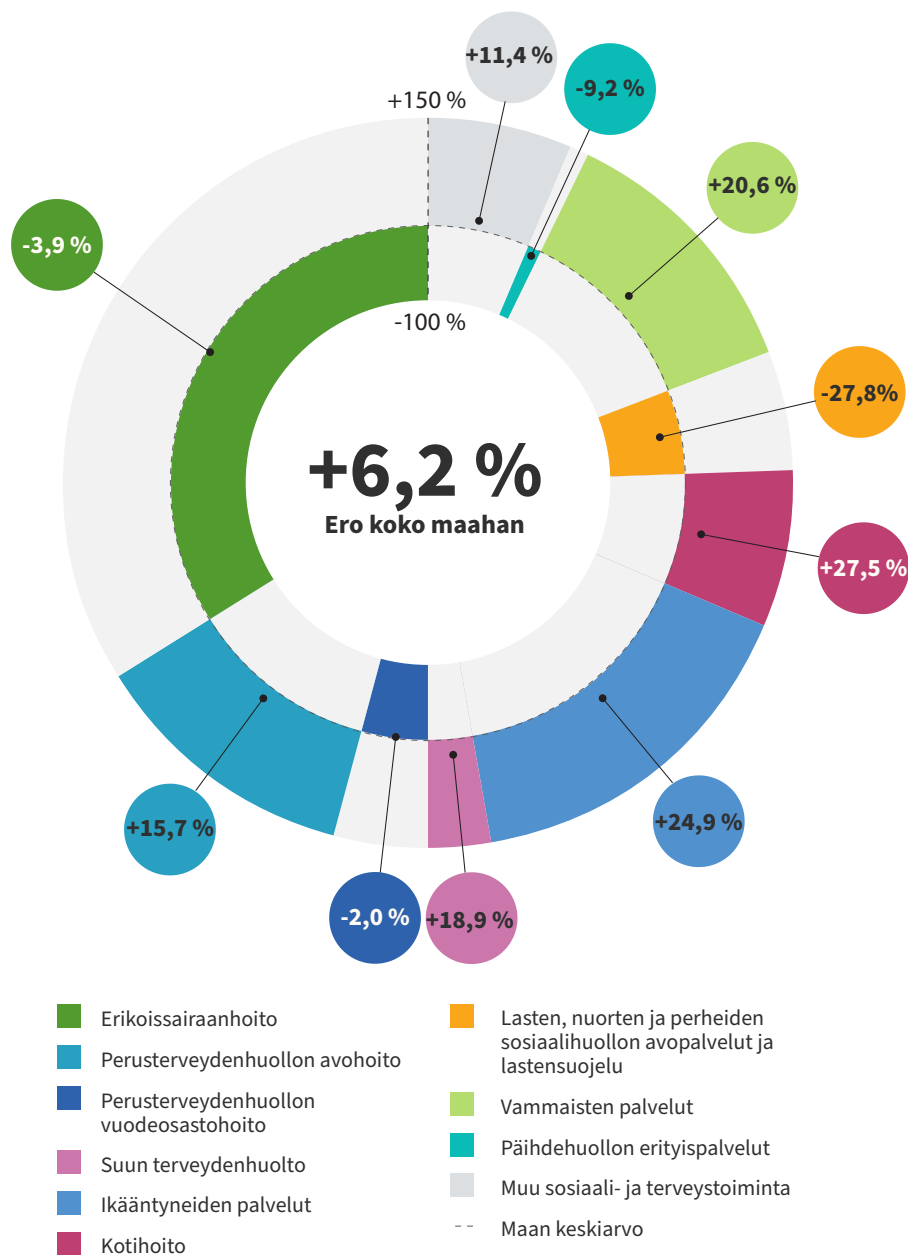
Keski-Pohjanmaan alueella väestön palvelutarve on keskimääräistä suurempi. THL:n vuonna 2020 päivittämien laskelmien mukaan väestön ikä- ja sukupuolirakenteen, sosioekonomisen aseman ja sairastavuuden huomioiva palvelutarve oli alueella kuusi prosenttia suurempi kuin maassa keskimäärin. Vuonna 2018 tarpeeseen suhteutetut menot olivat samat kuin maassa keskimäärin. Alueen sisällä palvelutarve oli matalimmillaan kaksi prosenttia pienempi (Kaustinen) ja suurimmillaan 43 prosenttia suurempi (Lestijärvi) kuin maassa keskimäärin. Asukkaiden palvelutarpeeseen suhteutetut menot olivat alueen pienimmät Toholammilla, seitsemän prosenttia keskimääräistä pienemmät.

4.3 Keskeiset seurantatulokset

Vuoden 2019 tarkasteluun valittiin rajattu joukko ydinindikaattoreita. Palvelujärjestelmän kustakin tehtäväkokonaisuudesta käydään läpi Keski-Pohjanmaan keskeiset havainnot. Lisätietoja tarkasteluun kuuluneista indikaattoreista löytyy julkaisun lopusta (ks. julkaisun [menetelmät ja laatuseloste](#), [liitetaulukko 2](#)). Alla olevassa tekstissä nostetaan esiin ne, jotka poikkeavat selkeimmin maan keskimääräisestä.

Keski-Pohjanmaalla sosiaali- ja terveyspalvelujen asiantuntijoiden edustus kuntien hyte-työryhmissä on maan pienintä. Liikuntapalvelujen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdessä sopima liikuntaneuvonnan palveluketju toimi vain 14 prosentissa alueen kunnista, maan huonoiten. TEA-kyselyjen tulosten mukaan lastenneuvolassa oli hoitajaa kohti maan kolmanneksi vähiten lapsia, kun taas kouluterveydenhuollossa oppilaita oli maan neljänneksi eniten terveydenhoitajaa kohti, kuitenkin suosituksia noudattaen. TEA-kyselyjen tulosten mukaan lukioiden psykologiresurssit olivat pienet ja peruskoulun maan pienimmät, mutta peruskoulujen kuraattoriresurssit olivat hyvät. Peruskoulun viidesluokkalaisten fyysistä toimintakykyä kartoittavissa Move!-mittauksissa heikoimpaan kolmannekseen kuuluvia oli maan eniten, mutta maan kolmanneksi vähiten kahdeksaluokkalaisissa. Alueen koululaisilla ja opiskelijoilla oli verrattain vähän huumekokeiluja, lukiolaisilla maan vähiten. Aikuisväestössä alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia oli maan toiseksi vähiten.

Kuvio 2. Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakauma ja alueen ero maan keskiarvoon 2019.



Kuviossa esitetään kustannusten (euroa / asukas) jakauma tehtävittäin. Jos alueen menot ovat maan keskiarvoa suuremmat, kuvion tehtäväkohtainen osa ylittää katkoviivalla kuvatun maan keskiarvon. Ero maan keskiarvoon on kuvattu myös prosentteina. Tehtäväkohtaisen osuuden leveys kuvaa suhteellista osuutta kaikista sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista.

THL:n tietojen mukaan uusien lastensuojelun avo-
huollon asiakkaiden määrä lisääntyi huomattavasti,
mutta tietoon liittyy epäselvyyksiä: alueen mukaan
asiakasmäärä pysyi ennallaan edellisvuoteen ver-
rattuna. Alueen mukaan myös THL:ään toimitettu
tieto koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkärin
resursseista oli puutteellinen eikä kuvasta todellista
mitoitusta. Moni perhe sai kodin- ja lastenhoitopal-
veluja mutta vain harva sosiaalihuoltolain mukaista
perhetyötä. Maan pienimpiä osuuksia lapsista kävi
kasvatus- ja perheneuvoloissa. Keskimääräinen odo-
tusaika nuorisopsykiatriaan oli vuoden 2019 lopussa
maan pisimpiä (27 vrk). Lastenneuvolan nelivuotiai-
den laajojen terveystarkastusten peittävyys oli maan
pienimpiä.

Perusterveydenhuollon lääkärillä käynnin syy oli
kirjattu maan toiseksi parhaiten. Paksusuolen syö-
vän hoitotulokset olivat maan parhaimpien joukossa
(2018). Maaliskuussa 2019 vain kolmannes potilaista
joutui odottamaan yli viikon pääsyä lääkärin vas-
taanotolle kiireettömän asian vuoksi. Yli kymmenen
kertaa vuodessa terveyskeskuslääkärin vastaanotolla
käyneitä oli maan kolmanneksi vähiten kaikista vas-
taanotolla käyneistä.

Lasten rokotuskattavuudet ovat maan keskitasoa
korkeammat, mutta 65 vuotta täyttäneiden influens-
sarokotuskattavuus oli maan pienimpiä. Clostridium
difficile -ripulitapauksia oli alueella maan eniten
vuonna 2018. C-hepatiitti-infektioiden määrä oli väes-
töön suhteutettuna maan pienin.

Suun terveydenhuollon käyntejä terveyskeskuk-
sessa oli maan toiseksi eniten väestöön suhteutet-
tuna. Lokakuussa 2019 kiireettömistä perustervey-
denhuollon hammaslääkärikäynneistä noin puolet
toteutui yli kolmen viikon kuluttua hoidon tarpeen
arvioinnista. Yläkoululaisista vain alle 60 prosenttia
harjaa hampaansa suositusten mukaan vähintään
kaksi kertaa vuorokaudessa. Reikiintyneiden, paikat-
tujen ja poistettujen hampaiden lukumäärää kuvaava
DMF-indeksi oli 12-vuotiailla maan suurin.

Ensihoitotehtäviä oli asukasluokan suhteutettuna
keskimääräistä enemmän. Ensihoidon keskimääräi-
nen tavoittamis aika taajaman ulkopuolella A-kiireel-
lisyyden tehtävissä oli maan paras. Somaattisen
erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit lisääntyivät
selvästi 18 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä, ja niitä
oli maan neljänneksi eniten väestöön suhteutettuna.

Eriytiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi
oikeutettuja oli vähän. Mielenterveysperusteisesti sai-

rauspäivärahaa sai työikäisistä useampi kuin monella
muulla sairaanhoitopiirialueella, ja määrä kasvanut.
Psykiatrian laitoshoidon päivää oli 18–24-vuotiailla
maan neljänneksi eniten vastaavanikäiseen väestöön
suhteutettuna, ja ne lisääntyivät edellisvuodesta sel-
västi. Myös 25–64-vuotiailla niitä oli maan neljänneksi
eniten. Sairaaloitten ja terveyskeskusten vuodeosas-
toilla hoidettuja päihdepotilaita väestöön suhteutet-
tuna oli maan keskiarvoa enemmän ja päihdehuollon
laitoksissa hoidettuja maan toiseksi eniten.

Toimeentulotukea sai pitkäaikaisesti 25–64-vuo-
tiaista maan pienin osuus ja 18–24-vuotiaista myös
harva. Työttömien aktivointiaste oli maan toiseksi
korkein, ja kunnan osarahoittamaa työmarkkinatu-
kea maksettiin asukasta kohden maan kolmanneksi
vähiten.

Omaishoidontuella hoidettavien osuus yli 75-vuo-
tiaista oli maan suurimpia, ja säännöllistä kotihoi-
toa, 2–3 kertaa päivässä, sai hyvin moni. RAI-järjes-
telmää käytettiin maan eniten; useamman kuin joka
neljännen 75 vuotta täyttäneen palvelutarpeet on
arvioitu systemaattisesti.

Vaikeavammaisten palveluasumisen asiakkaita
oli väestöön suhteutettuna maan neljänneksi eniten.
Vastaavasti kehitysvammaisten tuetun ja ohjatun asu-
misen asiakkaita oli maan toiseksi vähiten ja autetun
asumisen asiakkaita keskimääräistä enemmän. Tuki-
palveluja vuoden aikana saaneista kuljetuspalveluja
saaneita oli maan eniten. Kehitysvammalaitosten pit-
käaikaisasiakkaiden määrä väestöön suhteutettuna
oli maan pienimpiä. Henkilökohtaisen avun asiak-
kaita vuoden aikana oli väestöön suhteutettuna maan
neljänneksi eniten.

4.4 Perustason mielenterveys- palvelujen saatavuus ja laatu

Vuosille 2020–2030 laaditun kansallisen mielenterve-
ysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman (Vorma
ym. 2020) mukaan mielenterveyden häiriöt ovat yleis-
tyneet. Koko maan tasolla lähes puolet työkyvyttö-
myyseläkkeistä johtuu mielenterveyden häiriöistä.
Myös mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa
saaneiden osuus on kasvanut kaikilla alueilla ([kuvio
3](#)). Alueelta on osallistuttu kansallisen mielenterve-
ysstrategian luomiseen ja tuotu kansalliselle tasolle
keskustelua hyvistä käytännöistä.

Johtamisessa ja rakenteissa tehty tai suunnitellut muutokset palvelujen saatavuuden ja laadun vahvistamiseksi

Kaikki aikuisten mielenterveyspalvelut ovat osa erikoissairaanhoidtoa ja tilastoituvat sinne, myös peruspalveluissa tehty työ. Päihdepalvelut on integroitu mielenterveyspalveluihin. Kaikki lasten ja nuorten palvelut sekä aikuisten sosiaalipalvelut ovat organisaatiossa perheiden palveluissa. Perheneuvola on muotoutunut erikoistason eli lasten ja nuorisopsykiatrian ja perustason väliin.

Iäkkäiden ja aikuisten mielenterveyspalvelut ovat saatavissa terveyskeskuksen vastaanoton kautta. Yhdessä kunnassa psykiatrian sairaanhoitajan palvelut iäkkäille tulee iäkkäiden palveluista.

Vuonna 2020 vakinaistettiin yksi alueellinen palveluohjausnumero lasten ja perheiden palveluille, mikä mahdollistaa oikea-aikaisen riittävän tuen antamisen varhaisemmassa vaiheessa.

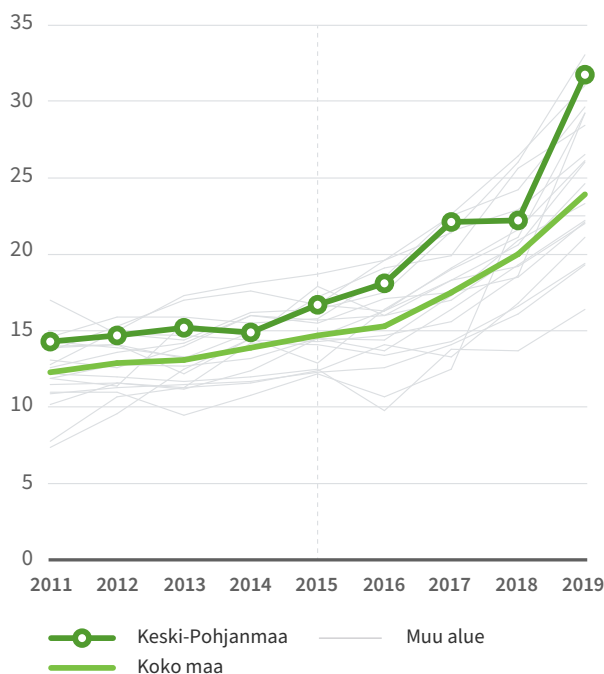
Integraation ja tiedolla johtamisen kehittäminen laadun ja saatavuuden vahvistamiseksi

Mielenterveysresurssien siirryttyä kuntayhtymän alkuajana erikoissairaanhoidtoon oli aluksi epäselvyyttä, kuka vastaa perustason potilaista. Nyt tilanne on selkiytynyt ja mielenterveyspotilaita tutkitaan, hoidetaan ja kuntoutetaan erikoissairaanhoidossakin mahdollisimman lähellä potilaan arkea. Terveysasemilla toimii moniammatillisia tiimejä. Mielenterveyshoitaja kävi säännöllisesti lääkärineuvotteluissa, joissa mietittiin potilaiden hoitovaihtoehtoja.

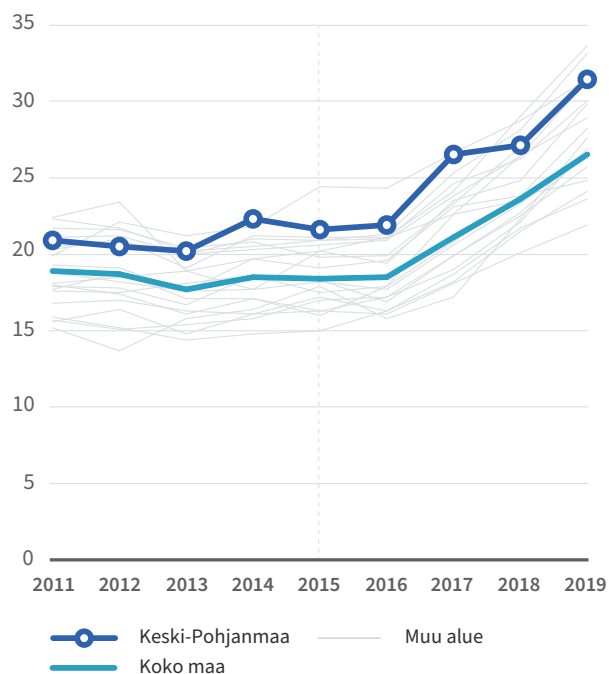
Lasten ja nuorten palvelukokonaisuus on pirstaleinen. Varsinaisesti perustason mielenterveyspalvelua ei lapsille ja nuorille ole, mutta varhaista tukea on. Perheneuvolan terveydenhuolto-osaamista vahvistettiin koululääkärin tuella. Psykologeja on kouluissa ja perheneuvolassa. Nuorisopsykiatrialla tuotiin erikoissairaanhoidto lähemmäs nuorten elinympäristöä,

Kuvio 3. Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet vuosina 2011–2019.

18–24-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä



25–64-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä



Kuviossa esitetään, miten mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden lukumäärä on kehittynyt alueella ja koko maassa vuosien 2011 ja 2019 välillä väestömäärään suhteutettuna. Indikaattorin tulkinnassa on huomioitava alueen työllisyystilanne. Alueilla, joilla on paljon työttömyyttä, on vähemmän sairauspoissaoloja.

minkä ansiosta hoitojonot purkautuivat. Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus oli nuorissa maan toiseksi suurin ja työikäisissäkin yksi suurimmista.

Palvelujen oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden varmistaminen

Soitessa on onnistuttu hälventämään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon raja-aitaa. Tavoitteena on ollut keskitetty, asiakkaille helposti lähestyttävä hoidon tarpeen arvio ja potilaan saaminen nopeasti tarvitsemansa avun piiriin, niin perus- kuin erityistasonkin palveluihin. Hoito voi jatkua peruspalvelussa, vaikka erikoissairaanhoidon olisi mukana. Asiakkaat voivat ottaa myös suoraan yhteyttä erikoissairaanhoidon. Mielenterveyden ongelmat olivat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyyntä hieman harvemmin kuin maassa keskimäärin.

Lasten ja nuorten palveluissa tehtiin yhteistyötä koulukuraattorien ja sivistystoimen kanssa. LAPE-yhteistyöryhmä kokoontui, ja oppilashuoltoa pyrittiin ottamaan kokonaisuudessa huomioon. Yksi mielenterveyshoitajan vakanssi on sijoitettu poikkeuksellisesti ammattioppilaitokseen ja yksi Ankuri-tiimiin.

Prosessien kehittämistyöryhmä kokoontui ja mallintajia koulutettiin keväällä 2019. Prosessien sujuvuuden kehittämistä tuettiin myös sisäisten projektien määrärahalta, jolla sujuvoitettiin muun muassa nuorisopsykiatrian avohoitopalveluja. Lisäksi lasten ja nuorten käytöshäiriöiden hoitoketjutyötä on tehty viime vuosina viiveettömän hoidon takaamiseksi.

Henkilöstön osaamiseen sekä muihin resursseihin liittyvä kehittäminen saatavuuden ja laadun vahvistamiseksi

Keski-Pohjanmaalla on pula psykiatreista; psykiatripalvelut voidaan jatkossa mahdollisesti turvata Pohjois-Suomen yhteisen osuuskunnan kautta. Hoidossa tarvitaan kuitenkin pysyvyyttä, jota ostopalvelu ja osuuskunta eivät pysty takaamaan. Psykiatripalveluista kolme neljäsosaa tuotettiin ostopalveluna, mikä voi vaikuttaa myös näyttöön perustuvien hoitojen saatavuuteen.

Myös psykologeja puuttuu jonkin verran. Koulupsykologipalveluja käytettiin muuta maata vähemmän, lukuun ottamatta ammatillista koulutusta, jossa se oli maan keskitasoa.

Psykoterapian osalta on annettu viralliseksi hyväksyttyä sisäistä koulutusta, ja vastaava ulkopuolinen koulutus ostettiin opiskelijaterveydenhuoltoon.

Teknologian hyödyntäminen

Mielenterveystalon palvelut ovat käytössä kaikissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa työikäisille ja iäkkäille. Kokeiluluontoisesti oli etäryhmiä, ja etänä sai myös psykoterapiaa syksyllä 2019, mutta kumpikaan ei ole palveluvalikoimassa pysyvästi. Voimaperheet-toimintamalli on käytössä lastenneuvolassa ja pilottina myös kouluikäisille. Koronaepidemian myötä etäpalvelujen käyttö on lisääntynyt.

4.5 Ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen integraatio

Ikääntyneiden palveluja on käsitelty myös luvussa 4.6 (Ikääntyneiden palvelujen saatavuus ja riittävyys suhteessa palvelutarpeisiin sekä kotona asumista tukevien palvelujen kehittämistoimet).

Väestön ikääntyminen siirtää kysynnän painetta julkisesti rahoitettuihin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Ikääntyneiden palvelujen tarve kasvaa erityisesti 75 vuotta täyttäneillä, joiden määrä lisääntyy tulevana vuosina kaikilla alueilla (kuvio 4).

Ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen integraatiota tukevat organisaatorakenteet ja johtamisjärjestelmät

Integroitunut organisaatio mahdollistaa hyvin sekä hallinnollisen että toiminnallisen integraation kaikilla organisaation tasoilla. Geriatri kuuluu hoidon ja hoivan toimialan johtoryhmään. Tiivistä yhteistyötä ja toiminnan kehittämistä tehdään ikäihmisten palvelujen sekä vammais-, kuntoutus- ja terveyspalvelujen kesken. Valvontahavaintojen mukaan omavonnassa on kehittämistarpeita. Lisäksi esimerkiksi johtajuudessa oli vahvistamisen tarvetta muutamien yksityisten tehostetun palveluasumisen yksiköissä.

Pitkäaikaisen vuodeosastohoidon purkamisen ansiosta henkilöstöresurssia on voitu siirtää muihin ikääntyneiden palveluihin, mutta vuonna 2019 poliittista tukea ei monin paikoin saatu paikallisten vuodeosastojen muuttamiseen siten, että osa vuodepaikoista olisi ollut yleislääketieteen paikkoja ja 12 paikan henkilöstöresurssit olisi kohdennettu kotiin järjestettäviin palveluihin. Soiten varahenkilöstö eli

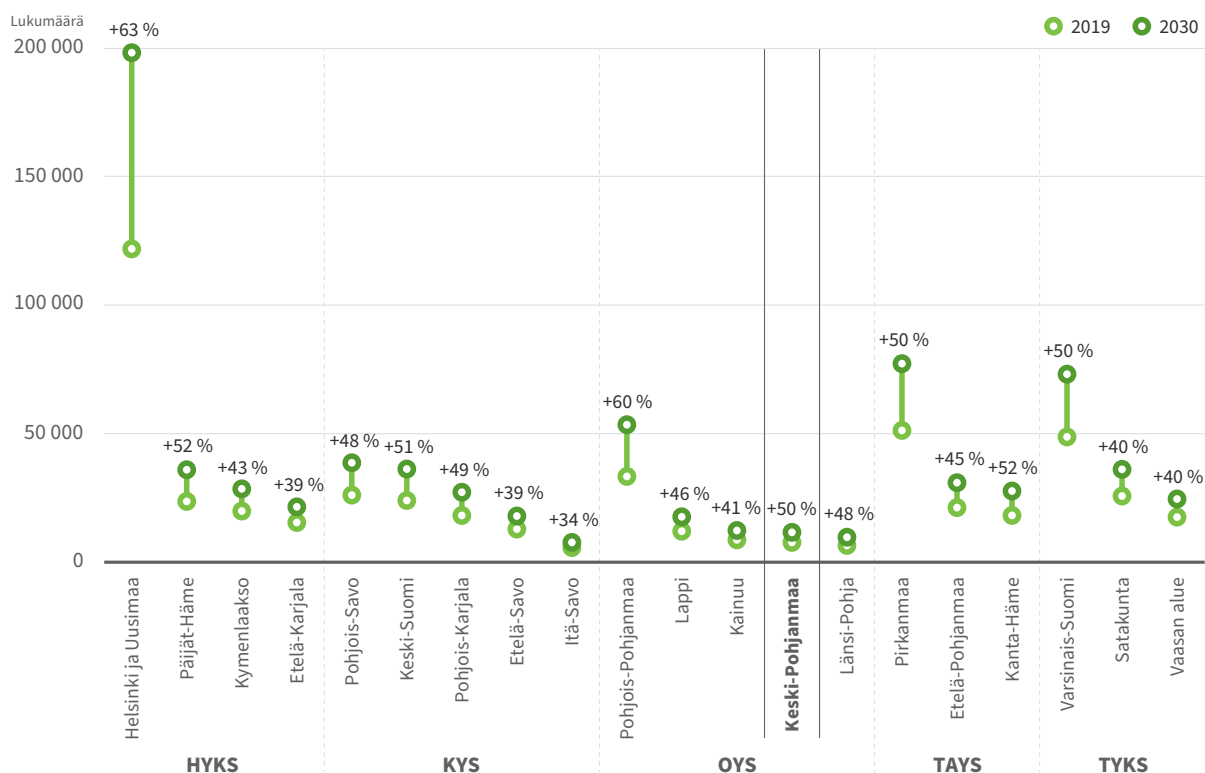
resurssikeskus edesauttaa yhteistyötä ja henkilöstön yhteiskäyttöä. Lisäksi pienissä kunnissa osastot voivat antaa työntekijän tarvittaessa kotihoitoon tai asumispalveluihin. Myös mahdollisuus työnkiertoon integroidussa organisaatiossa on hyvä.

Vuonna 2020 alkoi pilotti, jossa vuodeosaston ja kotisairaalan henkilöstö liikkuu joustavasti yksiköiden välillä ja vuodeosastopaikkoja voidaan vähentää joustavasti (1–4 paikkaa). Yleislääketieteen osaston kyljessä olevaan kotisairaalaan voidaan tuoda muutakin hoitoa ja kuntoutusta tavoitteena mahdollisimman sujuva ja ehyt hoitopolku. Pitkällä aikavälillä voidaan avohoitopalveluja kehittää monipuolisemmiksi ja sitä kautta parantaa myös alueellista tasa-arvoisuutta.

Terveyspalvelut kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa

Valvontaviranomaisen mukaan ympärivuorokautisten asumispalveluyksiköiden asiakkaat ovat yhä enemmän hoitoa tarvitsevia. Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen tukena toimivien terveyspalvelujen kattavuus on alueella hyvä. Yhden hoitajan ensihoitoyksikköä ei ole, mutta vastuulääkäripalvelu on ympärivuorokautisesti saatavilla. Vastuulääkäripalvelut alkavat laajalla kartoituskäynnillä. Kotisairaalapalvelut toteutuvat koko Soiten alueella, ja kotisairaala tekee yhteistyötä kotihoidon sekä asumisyksikköjen kanssa myös palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Palliatiivinen poliklinikka ja geriatrinen osakeskus ovat myös osa ikäihmisten palveluja; jatkuvasti on keskittynyt muistisairauksiin.

Kuvio 4. Ennuste 75 vuotta täyttäneiden lukumäärän kehityksestä alueittain.



Kuviossa esitetään, miten 75 vuotta täyttäneiden lukumäärän ennustetaan muuttuvan vuosien 2019 ja 2030 välillä. Muutoksen suuruutta kuvataan prosentteina. Tiedot perustuvat vuonna 2018 laadittuun Tilastokeskuksen väestöennusteeseen.

Palvelujen porrastus sekä tiedonkulku ikääntyneiden palvelujen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken

Integroitunut organisaatio mahdollistaa hyvin palvelujen porrastuksen ja tiedonkulun, mutta edelleen on huoli siitä, kuinka saadaan tiedot näkymään arjen työssä joustavasti, kun tietojärjestelmät muuttuvat lainsäädännön vaatimusten muuttuessa. Ehyet hoitoketjut toiminnassa näkyvät niin, että ennakoivat palvelut annetaan jo erikoissairaanhoidon menevälle potilaalle ennen toimenpidettä ja kotiuttaminen tehdään yhteistyössä eri hoitavien tahojen kanssa asiakkaan tarpeet huomioiden. Sairaalassa on kotiutusta koordinoivat hoitajat, ja kotihoidon arviointitiimi ottaa potilaan vastaan tarvittaessa. Yhteinen tietopohja ikäihmisten ja terveydenhoidon palveluissa on Soiten aikana kehittynyt, mikä edesauttaa sekä hoitopäätösten tekoa että tiedolla johtamista.

Moniammatillinen yhteistyö ikääntyneiden palvelujen ja terveystieteiden välillä

Toiminnallista integraatiota on strategian mukaisesti lisätty; moniammatillista työtä tehdään muun muassa asiakasohjauksessa, kotihoidon arvioinnissa ja tehostetussa kotikuntoutuksessa. Systemaattiset ravitsemustilan ja lääkehoidon arvioinnit toteutuvat tehostetuissa asumispalveluissa, kotihoidossa ja asumispalveluissa. Omaishoidossa oleville tehdään terveys- ja hyvinvointitarkastuksia.

Läkkäille annettavat palvelut vaikuttavat toimivilta. Päivystyskäynnit ovat erikoissairaanhoidossa vähentyneet vuodesta 2018 vuoteen 2019, kuten koko maassa, ja vastaavankäisiin suhteutettuna käyntejä oli vähemmän kuin maassa keskimäärin. Perusterveydenhuollossa vuonna 2018 päivystyskäyntejä oli maan keskitasoa vähemmän. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoitopäivät ovat vähentyneet viime vuosina, kuten maassa yleensäkin. Kotihoidon asiakkaista reilulla kolmanneksella alkoi sairaalahoidonjakso päivystyksenä vuonna 2018, osuus on hieman pienempi kuin maassa keskimäärin. Läkkäillä oli somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäiviä maan keskitasoa vastaavasti.

4.6 Ikääntyneiden palvelujen saatavuus ja riittävyys suhteessa palvelutarpeisiin sekä kotona asumista tukevien palvelujen kehittämistoimet

Ikääntyneiden palveluja on käsitelty myös [luvussa 4.5](#) (Ikääntyneiden palvelujen ja terveystieteiden integraatio).

Läkkäiden osuus väestöstä on kasvanut alueella, ja väestöennusteen mukaan osuus kasvaa edelleen ([kuviot 4](#)). Kantokykyyn nähden palvelut ovat kalliita. Ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset olivat neljänneksen suuremmat kuin maassa keskimäärin, ja erityisesti laitoshoidon kustannukset olivat nousseet edellisvuodesta. Yhteistyö ikäihmisten palvelujen päivittämisessä oli alkanut kuntien kesken jo aiemmin, mutta vuonna 2017 aloittaneen kuntayhtymä Soiten myötä otettiin käyttöön ikäihmisten alueellinen palvelukokonaisuus, RAI-mittari koko maakunnan alueella ja kaikkien palvelujen kriteerit päivitettiin. RAI-arviointi edesauttaa yhtenäisten palvelukriteerien toteutumista ja sen myötä palvelujen yhdenvertaista saatavuutta. Valvontahavaintojen perusteella on kuitenkin huoli siitä, saavatko kaikki ikäihmiset riittävät palvelut kuntien kiristyneessä taloudellisessa tilanteessa vai jäävätkö esimerkiksi tukipalvelut asiakkaan itsensä hankittaviksi.

Palvelutarpeen kasvuun vastataan laajalla keinovalikoimalla

Riittävät resurssit kasvaviin palvelutarpeisiin turvataan parantamalla prosesseja, hyödyntämällä henkilöstön osaamista, ennakoimalla palvelutarvetta ja ottamalla käyttöön uutta tekniikkaa. Soiteissa on prosessien kehittämissuunnitelma, ja vuonna 2019 kehitettiin ikääntyneiden kuntouttavan päivätoiminnan ja parantumattomasti sairaan hoitoketjun prosesseja. Niissä asiakasryhmien palvelutarpeen mukaiset, saumattomat ja integroidut palvelu- ja hoitoketjut kuvattiin yhdessä asiakkaiden kanssa.

Uusi tekniikka, kuten infuusiopumput, lääkeannostelijat, keskitetyt kotihoidon etäkäynnit, sähköinen esitietolomake ja paikantava turvapuhelin, mahdollistaa henkilöstöresurssin vaikuttavamman kohdentamisen. Omaolo-palvelua on kehitetty, ja Tarista koti turvalliseksi -toimintamalli on jalkautunut koko alueelle. Alueelliset omais- ja perhehoitokeskukset tukevat kotona pärjäämistä, ja näitä kehitetään edelleen. Samoin kehitetään ikäihmisten OmaSoi-

te-toimintaa, joka on tarkoitus integroida osaksi palvelukokonaisuutta. Ennaltaehkäisy koetaan tärkeäksi, ja alueella on ikäihmisille vertaisohjaajia, kuntosalia ja e-senioritoimintaa sekä ikäihmisten terveystieteitä. Yhteistyötä tehdään kuntien ja kolmannen sektorin kanssa. Ennakoivien terveyspalvelujen piiriin hakeutumisen soisi olevan yleisempää.

Avohoidon vahvistaminen strategisena tavoitteena

Strategian mukaisesti palvelurakennetta on kevennetty ja avohoitoa vahvistettu. Yli 75-vuotiaista kotona asui 92 prosenttia vuonna 2019, ja osuuden kasvattamiseksi on tehty avohoitoa edelleen vahvistavia esityksiä palvelurakenteen muuttamisesta. Asumisen ja palvelun järjestämisen kehittämistyönä tehtiin Senioriasumisen formaatti. Toimintasuunnitelman mukaan rakentamisen kartoitus senioriasumisen osalta tehdään koko Soiten alueella vuonna 2020. Omaishoidon tukea yli 75-vuotiaista ja yli 85-vuotiaista sai maan kolmanneksi suurin osuus (7,6 % ja 10,5 %).

Säännöllisen kotihoidon piirissä oli joka kymmenes yli 75-vuotias vuonna 2018. Heistä reilun neljänneksen luona käytiin 2–3 kertaa päivässä, mikä oli maan toiseksi suurin osuus, ja yli kolme käyntiä päivässä sai joka kuudes. Kotihoidon osaamista ja tiimityötä on vahvistettu, ja nykyisin jokaisessa kotihoidon tiimissä työskentelee sairaanhoitaja. Asiakslähtöistä kotikuntoutusta on kehitetty ottamalla tehostetun kuntoutumisyksikön kehittäjä mukaan kotikäynneille, lisäksi jokaisesta kotihoidon tiimistä käytiin siihen liittyvässä valtakunnallisessa koulutuksessa. Etähoito on keskitetty, ja tavoitteena on korvata kolme prosenttia kotikäynneistä VideoVisit-palvelulla. Vastuulääkärin etäpalveluissa myös omaiset voivat olla mukana etänä, mistä on saatu positiivista palautetta.

Palvelurakennemuutos ennakkovaikutusten arvioinnissa

Henkilöstön saatavuus on heikentynyt, ja painetta lisäävät väestön ikääntyminen ja tuleva hoitajamitoituksen nosto. Henkilöstöresurssia vahvistetaan lisäämällä osaamista, ja koulutusta on monipuolisesti. Oppisopimuskoulutuksena on esimerkiksi suoritettu vanhustyön erikoistumisopintoja. Lisäksi useat ovat käyneet Tunteva-koulutuksen ja käynnissä on Muisti-sairaanhoidon kohtaaminen ja hoito -koulutus.

Alueen tietopohjasta tarkastellaan palvelujen käyttöä asiakasryhmittäin, esimerkiksi ennen ja jäl-

keen tehostettuun palveluasumiseen joutumista. Prosessianalyysin tavoitteena on antaa pohjatietoa asiantuntijoille siitä, mihin avaintekijöihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota – esimerkiksi tietoihin, jotka ennustavat raskaampiin palveluihin joutumista.

Alueella on käynnistetty palvelurakennemuutoksen ennakkovaikutusten arviointi moniammatillisen tiimin ja päättäjien kanssa yhteistyössä. Tarkoitus on laatia useamman vuoden suunnitelma huomioiden samalla hoitoprosessien kehittäminen sekä alueen asukkaiden hoito- ja palvelutarve.

4.7 Peruspalvelujen saatavuus: Perusterveydenhuolto ja suun terveydenhuolto

Palvelut tuotetaan alueella lähes kokonaan julkisina palveluina. Maakunnallinen järjestäminen mahdollistaa palvelujen saatavuuden ja ihmisten yhdenvertaisuuden toteuttamisen paremmin kuin hajautettu järjestelmä. Alueen pienet terveysasemat ovat haavoittuvaisia, jos henkilöstöresurssi vaihtelee, ja esimerkiksi sairauspoissaolot voivat nopeasti heikentää hoitoonpääsyä yksittäiselle terveysasemalle.

Julkisia palveluja käytettiin runsaasti suun terveydenhuollossa

Asiakkaat olivat tyytyväisiä terveysaseman vastaanotto- ja palvelujen toteutumiseen kohtuullisessa ajassa vuonna 2018. Kuitenkin hoitoa tarvinneista joka yhdeksäs ei mielestään saanut hoitajan vastaanotto- ja palveluja riittävästi eikä joka kuudes lääkärin vastaanotto- ja palveluja. Suun terveydenhuollon osalta asiakastytyväisyys ei poikennut muusta maasta, mutta hammaslääkärin hoitoa tarvinneista joka viides koki, ettei saanut palveluja riittävästi.

Terveyskeskuspalveluja käytettiin alueella yleisesti ja yksityispalveluja vähän, erityisesti suun terveydenhuollossa. Väestöön suhteutettuna suun terveydenhuollon käyntejä terveyskeskuksessa oli maan toiseksi eniten. Kelan korvaamia yksityisen hammashoidon hammaslääkäri- ja suuhygienistikäyntejä oli aikuisilla vastaavankäisiin suhteutettuna selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin, mutta tämä vaihteli kunnittain.

Lääkäriliiton selvityksen mukaan terveyskeskuksen lääkäritilanne heikentyi vuodesta 2018 vuoteen 2019 huomattavasti ja lokakuussa 2019 lääkärivaje oli

17 prosenttia. Ulkoistuksien ja ostopalvelujen osuus terveyskeskuslääkäritehtävistä oli reilu kymmenes. Suun terveydenhuollossa käytettiin ostopalvelua.

Henkilökunnan saatavuus ja palvelujen kysyntä vaikuttavat hoitoon pääsyyn

Vastaanottotoiminnan niukkojen resurssien vuoksi kiirettömään hoitoon pääsyssä oli haasteita koko Soiten alueella. Kuitenkin lokakuussa 2019 vain kolmannes potilaista joutui odottamaan yli viikon pääsyä lääkärin vastaanotolle kiirettömän asian vuoksi. Maaliskuussa 2020 tilanne oli huonompi, mutta parempi kuin maassa keskimäärin. Hoitotakuu toteutui.

Lokakuussa 2019 kiirettömistä perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä puolet toteutui yli kolmen viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista, edeltävänä vuonna osuus oli sama. Maaliskuussa 2020 osuus oli pienempi kuin maassa keskimäärin. Kiireettömien aikojen saatavuus vaihtelee, ja odotusaika on ajoittain pitkä.

Paras lääkäritilanne ja paras hoitoonpääsy oli Lestijokilaakson alueella, josta puolestaan paikattiin muiden alueiden lääkärivajetta. Saatavuus vaihtelee eri ajanjaksoina riippuen palvelujen kysynnästä ja lääkäreiden saatavuudesta, lisäksi saatavuus vaihtelee alueen sisällä. Asukkailla on tuki mahdollisuus saada hoitoa kaikilta alueen terveysasemilta.

Palvelujen käyttö on vähentynyt, ja avosairaanhoidon vastaanotolla kävi alle puolet alueen asukkaista, mutta kunnittainen vaihtelu oli suuri (39–70 %). Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli kymmenen kertaa vuodessa käyneitä oli vähän. Aikuisasiakkaita, joilla oli yli viisi hammaslääkärikäyntiä vuodessa, ei ollut poikkeavasti, ja heitä oli selvästi vähemmän kuin vuonna 2017.

Kuten koko maassa, reilu viidennes perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä toteutui sähköisesti.

Moniammatillista tukea on lisätty peruspalveluihin

Digitaalisia palveluja on otettu käyttöön eritahtisesti. Kokkolan alueella otettiin käyttöön Oman hoidon viestit -palvelu. Etävastaanottoja on kokeiltu. Oireapu-palvelun käyttö lopetettiin, koska se ei ollut kustannustehokasta. Suun terveydenhuollossa on sähköinen ajanvaraus neuvolaikäisten ikäryhmätarkastuksiin.

Akuuttivastaanottoa on kehitetty, ja odotusajat ovat lyhentyneet myös kiirettömässä ajanvarauksessa. Fysioterapeuttien suoravastaanotot aloitettiin, ja niitä on lisätty. Erikoislääkärikonsultaatiot toimivat, ja lääkärit myös monilla erikoisaloilla jalkautuivat terveysasemille. Farmaseuttien tukea monilääkittyjen potilaiden lääkitysarviointiin on harkittu laajennettavaksi sairaalapalveluista perusterveydenhuoltoon.

Erikoishammaslääkäri jalkautui perusterveydenhuoltoon, ja perusterveydenhuollon lääkäreitä on käynyt erikoissairaanhoidossa esimerkiksi uniapneakiskohoitoon tutustumassa.

Ammattiosaajista on pulaa, joten heitä hankittiin ostopalveluna. Henkilöstön saatavuutta heikentää pitkä etäisyys yliopistosairaaloihin. Henkilöstön rekrytointia tehtiin perinteisesti, mutta myös ostettiin.

Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeessa jatketaan vastaanottotoiminnan, sähköisen asioinnin ja etäasioinnin kehittämistä. Suun terveydenhuollossa on menossa laaja kehittäminen: Kerralla kuntoon -toimintamallin käyttöönotto ja työnjaon muuttaminen hammaslääkäreiden ja suuhygienistien kesken.

5 Lappi ja Länsi-Pohja

5.1 Asiantuntija-arvio

Lapin maakunta on suuri ja harvaan asuttu. Ikäjakauma on samanlainen kuin maassa keskimäärin. Syntyvyys on Länsi-Pohjassa suurta, mutta väestö vähenee. Sairastavuuskin on suurta, ja siinä on paljon alueittaista vaihtelua. Hallinto on hajautunut, järjestäjiä ja järjestämistapoja on paljon, joten kokonaisuudet ovat vaikeasti hahmotettavissa. Alueella on kaksi sairaanhoitopiiriä, joiden vastuulla on osin peruspalvelujakin. Palvelurakenne on pirstaleinen. Maakunnallista tietojärjestelmää ei ole.

Tarpeeseen suhteutetut menot olivat maakunnassa kuusi prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Asukaskohtaiset erikoissairaanhoidon kustannukset olivat maan suurimpia sekä Lapin että Länsi-Pohjan sairaanhoitopiireissä. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioituneet laskennalliset kustannukset olivat maan suurimmat Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä. Maakunnan väestön vähetessä ja talouden tiukentuessa paineet kustannusvaikuttavampaan toimintaan ovat suuret.

Palvelurakenteen keventäminen on menossa. Sähköinen asiointi on lisääntynyt. Virtuaalinen sosiaali- ja terveyskeskus (virtu.fi) on monipuolinen alusta useille eri toimijoille ja toiminnoille. Valokuitu- ja mobiiliverkon katvealueita kuitenkin on.

Kehittämisen yleisenä linjauksena on yhteistyön tiivistäminen monialaisesti. Useissa aiemmissa maakunnan hankkeissa on kehitetty hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja, joita ei kuitenkaan ole otettu kattavasti käyttöön. Ammattihenkilöiden saatavuudessa on puutteita, erityisesti saamenkielisen henkilöstön.

Kunnilla päävastuu avohoidon mielenterveyspalveluista

Keskuskaupunkien mielenterveyspalvelut ovat siirtyneet sairaanhoitopiirien vastuulle, osin päihdepalvelutkin. Psykiatrian erikoislääkärikoulutuksen, professuurin, ansiosta virkalääkäreitä on enemmän. Hoitohenkilökuntaa koulutetaan yhteistyössä yliopistojen kanssa.

Hoitoketjujen yhteinen ja ajantasainen hallintamalli puuttuu. Kehittäminen on järjestäjäkohtaista, mutta yleisenä tavoitteena on peruspalvelujen parantaminen. Etäkonsultaatioita kuntien tueksi on lisätty. Lasten- ja nuorisopsykiatrialla ”varhain-työpari” työskentelee perustason ja erikoistason rajapinnalla kouluissa. Yhteistyö sivistyspalvelujen kanssa toimii.

Matalan kynnyksen palveluista koulupsykologipalveluja on niukasti tarjolla, mutta kuraattoripalveluja keskimääräistä paremmin. Psykiatristen sairaanhoitajien palvelua on lähipalveluna, ja parissa kunnassa psykiatriselle poliklinikalle voi hakeutua ilman lähetettä. Länsi-Pohjan alueen keskitetty hoitomalli on matalan kynnyksen palvelu, jossa on yksi alueellinen numero palvelupuhelinohjaajalle.

Alueen ammattilaisille tehdyn kyselyn vastaajista alle kolmasosa piti mielenterveyden avo- ja erikoistason palveluja riittävinä, mutta kuitenkin lähes kahden kolmasosan mielestä potilaat pääsivät tarvitsemaansa hoitoon viivytyksettä ja puolet vastaajista arvioi hoito- ja palveluketjut oikea-aikaisiksi ja toimiviksi.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen sirpaleista

Laaja palvelurakenteen ja toiminnan muutos on jatkunut jo vuosien ajan. Sairaanhoitopiirien vastuulle on tullut lisää perustason mielenterveys- ja päihdetyötä. Päihdehuollon laitossyksikön toiminta loppui Lapissa, ja sen jälkeen katkohoito on tehty pääsääntöisesti terveyskeskuksissa.

Ehkäisevän päihdetyön rakenteet ja toiminta ovat hyvällä tasolla. Mielenterveyden ennaltaehkäisevät ja varhaisen puuttumisen toimet arvioi riittäviksi vain joka neljäs alueen ammattilaisille tehdyn kyselyn vastaajista.

Toimintatavat sekä kehittäminen ovat yksikkökohtaisia. Kehittämisessä keskitytään prosessin ja hoitoketjujen osiin pikemminkin kuin kokonaisuuksiin. Suuntaus on avohoitaiseen ja asiakasta lähellä olevaan, läheiset huomioivaan palveluun sekä mielenterveys- että päihdepalveluissa.

Psykiatreja hankitaan päihdepalveluihin ostopalveluna. Hoitotakuu toteutui molemmissa sairaanhoitopiireissä niin lasten- kuin nuorisopsykiatriassakin. Pohjoissaamenkielisille hankitaan kulttuurisensitiivisiä ja oma-kielisiä palveluja Norjan Kaarasjoelta.

Ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen integraatio on vahvistunut

Ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen integraatiolle on ominaista paikkakunta- ja yksikkökohtaiset erot. Alueen vanhustyön johtajat kokoontuvat säännöllisesti, samoin kotihoidon verkosto.

Maakunnallisissa hankkeissa on Lapissa tuotettu toimintamalleja, käsikirjoja, selvityksiä ja palvelukuvauksia. Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeessa tunnistettiin integraatiota lisääviä toimia, kuten kuntoutushenkilöstön siirtäminen tukemaan kotihoitoa, ja luotiin ennakoiva kotiutumisen malli lisäämään kotiutumisen sujuvuutta. Hankkeen loputtua kehitetyt, yhteiset toimintamallit otettiin käyttöön vaihtelevasti kunnittain. Toimintakäytännöt palvelujen nivelvaiheissa vaihtelevat, samoin paikallinen palveluvalikoima.

Moniammatillisuuden tarve on tunnistettu alueella, ja esimerkiksi kotiuttamiset tapahtuvat usein moniammatillisesti yhteistyössä. Myös yhden ensihoitajan yksikön kokeilussa korostui yhteistyö, erityisesti kotihoidon ja kotiutustiimin kanssa. Kotikuntoutusta oli noin puolessa Lapin kuntia. Kotisairaaloiminta on laajentunut ja ympärivuorokautinen lääkärikonsultaation tuki henkilökunnalle vahvistunut. Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa on kehitetty, ja sitä annetaan kotisairaalan kautta asumispalveluyksiköihin osassa kunnista. Etäteknologioiden hyödyntäminen lisääntyi kotona asumisen tukemisessa. Saamelaisten ikäihmisten tarpeisiin on kehitetty kulttuurisia toimintamalleja.

5.2 Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus ja kustannukset

Alueen kuntien talous on jatkanut edelleen heikentymistään

Lapin maakunnan kuntien (21) talous jatkoi vuonna 2019 heikkenemistään, mikä haastaa sote-palvelujen rahoitusmahdollisuuksia. Alueen kuntien tilikauden tulokset olivat alijäämäisiä 13 kunnassa, vuotta aiemmin niin oli 12:ssa. Tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava vuosikate asukasta kohti heikkeni myös edelleen valtaosassa alueen kunnista. Negatiivinen vuosikate kirjattiin Kemissä, Torniossa, Rovaniemellä, Pelkosenniellä, Pellossa ja Simossa. Vuosikate riitti kattamaan poistot vain kahdeksassa kunnassa. Alueen keskuskaupunkien Rovaniemen ja Kemin tulokset heikkenivät selvästi vuonna 2019. Molempien kaupunkien oman arvion mukaan tulosta heikensivät erityisesti arvioitua suuremmat sosiaali- ja terveystoimen menot.

Sote-uudistuksen toteutuessa valtion rahoituksen tasoon odotettavissa korotusta

Käynnissä olevan sote-uudistuksen rahoituslaskelmissa valtion rahoitusosuus kasvaisi alueella (4,4 %). Asukasta kohti valtion rahoituksen lisäys, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen huomioon ottaen, olisi 177 euroa. Kuntien ilmoittamien vuoden 2019 tilinpäätössennakkotietojen ja vuoden 2020 talousarviokyselyn perusteella tehtyjen rahoituslaskelmien (10.6.2020) mukaan Lapin maakunnan sosiaali- ja terveystalouden kustannusten laskennallinen lähtötaso on vuoden 2020 tasolla arvioituna 723 miljoonaa euroa.

Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat maan suurimpia

Lapin maakunnan kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2019 yhteensä 748,2 miljoonaa euroa (4 223 euroa / asukas). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat Lapin sairaanhoitopiirin alueella 22 prosenttia ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella 20 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin ([kuvio 2](#)). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat Lapin maakunnassa 3,9 prosenttia edellisvuodesta, koko maassa 4,9 prosenttia (Lapin sairaanhoitopiirin alueella 3,4 % ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella 4,9 %). Alueen kuntien välillä kustannusten erot olivat suuria; vaihtelua oli Pelkosenniemen 6 916 eurosta Tornion 3 572 euroon asukasta kohti.

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin osa muodostui erikoissairaanhoidosta; Lapin sairaanhoitopiirin alueella (38 %) osuus kokonaiskustannuksista on hieman kasvanut ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella (42 %) hieman pienentynyt edellisvuodesta. Alueen sosiaali- ja terveystoimen kustannusten kasvun taustalla on erityisesti erikoissairaanhoidon kustannusten kasvu. Vaikka asukaskohtaiset erikoissairaanhoidon kustannukset kasvoivat vähemmän kuin maassa keskimäärin, ne olivat Länsi-Pohjan alueella maan toiseksi ja Lapin sairaanhoitopiirin alueella maan neljänneksi suurimmat. Somaattisen erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö oli Länsi-Pohjassa väestön palvelutarpeeseen suhteutettuna maan toiseksi suurinta (14 % yli maan keskitason) ja vastaavat tarvakioidut laskennalliset kustannukset sairaanhoitopiirialueiden suurimmat (24 % yli maan keskitason) vuonna 2018.

Alueen väestön palvelutarpeeseen suhteutetut menot pysyneet korkeina

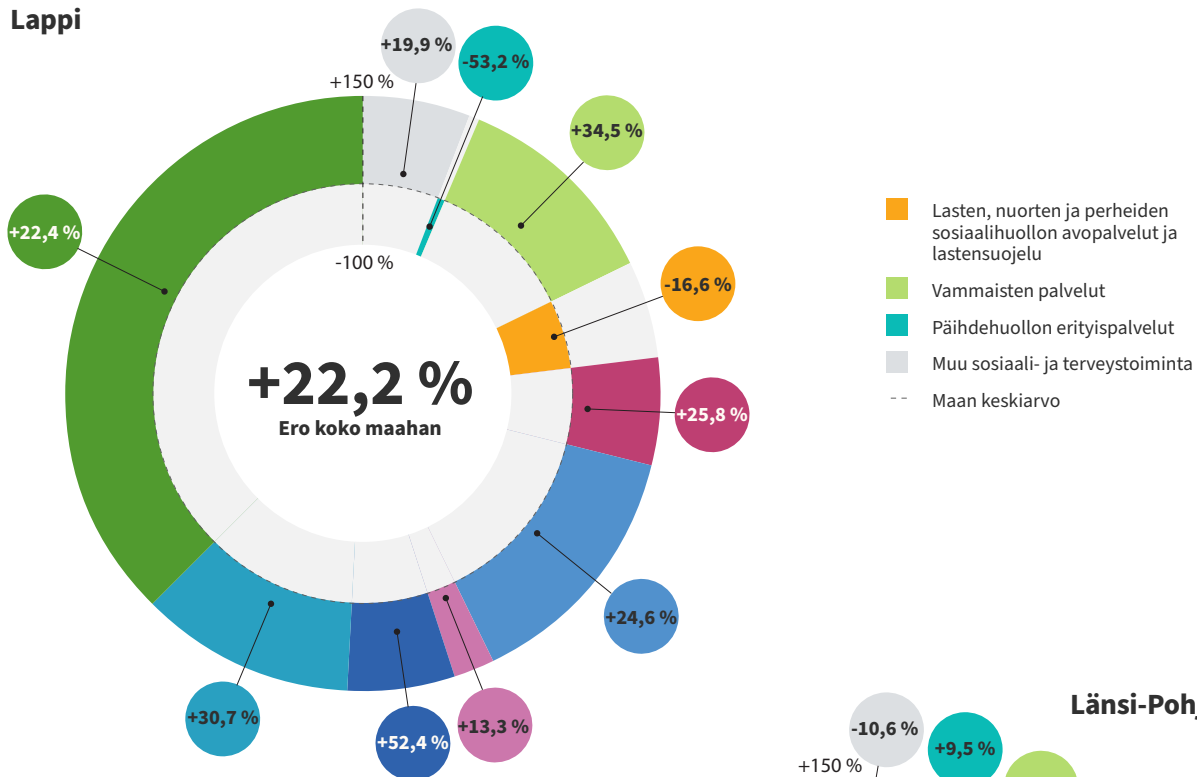
THL:n vuonna 2020 päivittämien laskelmien mukaan väestön ikä- ja sukupuolirakenteen, sosioekonomisen aseman ja sairastavuuden huomioon ottaen palvelutarve oli maakunnan alueella 15 prosenttia suurempi kuin maassa keskimäärin (Lapin sairaanhoitopiirin alueella 15 % ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella 16 %). Vuonna 2018 tarpeeseen suhteutetut menot olivat Kainuun ja Lapin sairaanhoitopiirien alueilla maan toiseksi (7 %) ja Länsi-Pohjan alueella viidenneksi (3 %) suurimmat. Alueen sisällä palvelutarve oli matalimmillaan sama kuin maassa keskimäärin (Tornio) ja suurimmillaan 75 prosenttia suurempi (Salla). Asukkaiden palvelutarpeeseen suhteutetut menot olivat alueen pienimmät Tervolassa, 11 prosenttia keskimääräistä pienemmät.

5.3 Keskeiset suoriutumiskykytulokset

Vuoden 2019 tarkasteluun valittiin rajattu joukko ydinindikaattoreita. Palvelujärjestelmän kustakin tehtäväkokonaisuudesta käydään läpi maakunnan keskeiset havainnot. Lisätietoja tarkasteluun kuuluneista indikaattoreista löytyy julkaisun lopusta (ks. julkaisun [menetelmät ja laatuseloste](#), [liitetaulukko 2](#)). Alla olevassa tekstissä nostetaan esiin ne, jotka Lapin ja/tai

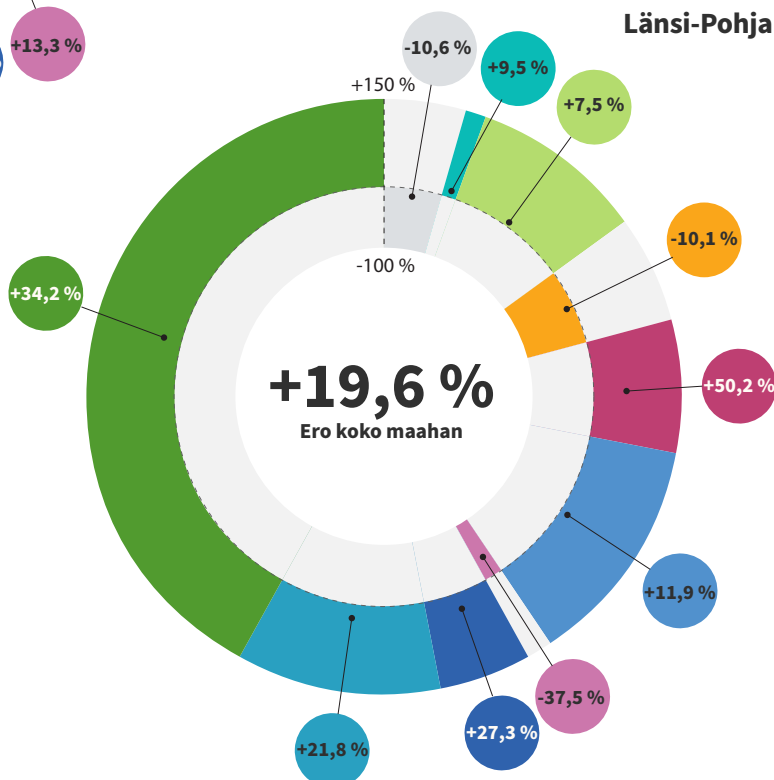
Kuvio 2. Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakauma ja alueen ero maan keskiarvoon 2019.

Lappi



- Erikoissairaanhoito
- Perusterveydenhuollon avohoito
- Perusterveydenhuollon vuodeosasto
- Suun terveydenhuolto
- Ikääntyneiden palvelut
- Kotihoito

Länsi-Pohja



Kuviossa esitetään kustannusten (euroa / asukas) jakauma tehtävittäin. Jos alueen menot ovat maan keskiarvoa suuremmat, kuvion tehtäväkohtainen osa ylittää katkoviivalla kuvatun maan keskiarvon. Ero maan keskiarvoon on kuvattu myös prosentteina. Tehtäväkohtaisen osuuden leveys kuvaa suhteellista osuutta kaikista sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin (shp) alueella poikkeavat selkeimmin maan keskimääräisestä.

Maakunnassa sosiaali- ja terveyspalvelujen asian-
tuntijoiden edustus kuntien hyte-työryhmissä on maan
parhaimpia, lähes joka kunnassa on molemmat edus-
tajat. Liikuntapalvelujen ja sosiaali- ja terveyspalvelu-
jen yhdessä sopima liikuntaneuvonnan palveluketju
toimii vain 40 prosentissa alueen kunnista, maan nel-
jänneksi huonoiten. Terveystenhoitajia oli suositusten
mukaisesti äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kouluter-
veydenhuollossa, jossa oppilaita oli terveydenhoitajaa
kohti maan vähiten. Peruskoulujen ja lukioiden psyko-
logiresurssit ovat maan pienimpiä, ja ammatillisissa
oppilaitoksissa psykologeja ei ollut ollenkaan. Kuraat-
toresurssit ovat ammatillisissa oppilaitoksissa ja
lukioissa maan parhaimpia ja peruskouluissakin maan
keskiarvoa paremmat. Peruskoulun viides- ja kahdek-
sasluokkalaisten fyysistä toimintakykyä kartoittavissa
Move!-mittauksissa heikoimpaan kolmannekseen kuu-
livia oli maan toiseksi eniten ja eniten. Alueen koulu-
laisilla ja opiskelijoilla oli vain vähän huumekokeiluja.
Alueen 65 vuotta täyttäneillä oli sairaalassa hoidettuja
lonkkamurtumia Länsi-Pohjan alueella maan eniten ja
Lapissa maan kolmanneksi vähiten. Työttömien terve-
ystarkastuksia tehtiin hyvin vähän.

Uusia lastensuojelun avohuollon asiakkaita oli
Lapin shp:n alueella kaikissa ikäryhmissä vähemmän
kuin edellisvuonna ja vähän 0–6- ja 7–12-vuotiaissa.
Länsi-Pohjassa 13–17-vuotiaita asiakkaita oli edelleen
paljon muihin maakuntiin verrattuna. Lapin shp:n
alueella maan suurimpia osuuksia lapsista kävi kasva-
tus- ja perheneuvoloissa. Länsi-Pohjassa harva perhe
sai kodin- ja lastenhoitopalveluja, mutta moni sai
sosiaalihuoltolain mukaista perhetyötä. Lapin shp:n
alueella perhetyö oli vähäistä. Opiskelijoiden määrä
lääkäreitä kohden ylitti suositukset opiskeluterveyden-
huollossa molemmilla alueilla. Nuorilla naisilla oli
raskaudenkeskeytyksiä Länsi-Pohjassa paljon moniin
muihin alueisiin verrattuna.

Erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä oli väes-
töön suhteutettuna vähän Lapissa ja paljon Länsi-Poh-
jassa. Lapin shp:n alueella avosairaanhoidon käyttö oli
yleistä. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli kym-
menen kertaa vuodessa käyneitä oli paljon Lapissa
ja vähän Länsi-Pohjassa. Maaliskuussa 2019 Lapissa
maan pienimpiin kuuluva osuus potilaista joutui odot-
tamaan yli viikon pääsyä lääkärin vastaanotolle kiireet-
tömän asian vuoksi, kun se Länsi-Pohjassa oli maan
suurin. Sähköisiä asiointikäyntejä perusterveyden-

huollon avohoidon käynneistä oli maan pienin osuus
Länsi-Pohjassa. Paksusuolen syövän hoitotulokset
olivat Länsi-Pohjassa maan parhaat Kanta-Hämeen
kanssa (2018). Lapissa yli 15-vuotiailla oli keuhkoah-
taumataudin vuoksi vuodeosastohoitojaksoja maan
eniten ja Länsi-Pohjassa maan neljänneksi eniten
(2018). Perusterveydenhuollon lääkäriellä käynnin syy
oli kirjattu maan huonoiten Länsi-Pohjassa.

Lasten rokotuskattavuudet ovat maan parhaimpia
Länsi-Pohjan alueella. Antibioottien vuosikulutus oli
Länsi-Pohjan alueella maan pienimpiä. Clostridium
difficile -ripulitapauksia oli aluevertailussa paljon
sekä Länsi-Pohjassa että Lapissa (2018). C-hepatiiti-
ti-infektioita oli väestöön suhteutettuna maan eniten
Länsi-Pohjassa ja Lapissakin paljon.

Länsi-Pohjassa oli väestöön suhteutettuna maan
vähiten suun terveydenhuollon käyntejä terveyses-
kuksessa, samoin aikuisasiakkaita, joilla oli yli viisi ham-
maslääkärikäyntiä vuodessa. Maan eniten oli niitä suun
terveydenhuollon asiakkaita, joilla ei ole kariesen tai
iensairauden hoidon tarvetta. Myös hoitoonpääsy oli
maan parhaimpia; lokakuussa 2019 kiireettömistä
perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä vain
noin kolmannes toteutui yli kolmen viikon kuluttua hoi-
don tarpeen arvioinnista. Maakunnan yläkoululaisista
vain noin 45 prosenttia, maan pienimpiä osuuksia,
harjasi hampaansa suositusten mukaisesti vähintään
kaksi kertaa vuorokaudessa. Kelan korvaamia yksityi-
sen hammashoidon hammaslääkäri- ja suuhygienisti-
käyntejä oli maakunnassa vähän.

Ensihoitotehtäviä oli asukaslukuun suhteutettuna
maakunnassa paljon. Ensihoidon keskimääräinen
tavoittamisaika taajaman ulkopuolella A-kiireelli-
syysluokan tehtävissä oli Lapin shp:n alueella maan
pisin. Maakunnan aikuisista päivystyspotilaista päi-
vystykseen palasi 48 tunnin sisällä lähes joka viides.
Yli 18-vuotiailla oli somaattisen erikoissairaanhoidon
avohoitokäyntejä ja vuodeosastohoitojaksoja suh-
teellisesti maan eniten Länsi-Pohjassa. Siellä myös
erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä oli väestöön
suhteutettuna paljon, maan toiseksi eniten, mutta
Lapin shp:ssä vähän. Hoitohenkilökunnan rokotus-
kattavuus oli maan parhaimpia Länsi-Pohjassa. Kor-
vattavien potilasvahinkojen osuus hoitojaksoista oli
maan neljänneksi suurin Länsi-Pohjassa.

Toimeentulotukea sai pitkäaikaisesti nuorista
maan pienin osuus ja myös työikäisistä vain harva
Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Työttömien akti-
vointiaste oli siellä maan pienin. Mielenterveysperus-

teisesti sairauspäivärahaa siellä sai 25–64-vuotiaista maan suurin osuus. Länsi-Pohjassa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi sai työkyvyttömyyseläkettä maan suurimpiin kuuluvat osuudet 18–34- ja 25–64-vuotiaista. Aikuisten perusterveydenhuollon ja psykiatrian erikoisalain avohoitokäyntien yhteismäärä oli Lapin shp:n alueella vastaavanikäiseen väestöön suhteutettuna maan suurimpia. Lapin shp:n alueella psykiatrian laitoshoitopäiviä oli 25–64-vuotiailla edellisvuotta selvästi vähemmän, maan neljänneksi vähiten, ja yli 65-vuotiailla niitä oli maan toiseksi vähiten. Länsi-Pohjassa niitä oli 18–24-vuotiailla maan kolmanneksi vähiten vastaavanikäiseen väestöön suhteutettuina. Päihdehuollon laitoksissa hoidettuja oli vähän Lapin shp:n alueella.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoitoa oli runsaasti molemmilla alueilla. Länsi-Pohjassa maan toiseksi suurin osuus yli 75-vuotiaista oli vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa. Lapin shp:n alueella tästä ikäryhmästä oli tehostetun palveluasumisen asiakkaita maan toiseksi suurin osuus. Kotona maakunnan 75 vuotta täyttäneistä asui maan pienimpiä osuuksia vuonna 2018. Ikäluokasta omaishoidontuella hoidettavien osuus oli maan suurimpia Lapin shp:n alueella ja säännöllistä kotihoitoa 2–3 kertaa päivässä sai harva.

Lapin shp:n alueella vaikeavammaisten palveluasumisen asiakkaita oli väestöön suhteutettuna maan toiseksi eniten, samoin kehitysvammaisten autetun asumisen asiakkaita. Siellä kehitysvammlaitosten pitkäaikaisasiakkaita oli väestöön suhteutettuna maan toiseksi eniten (2018). Länsi-Pohjan väestöstä kuljetuspalveluja vammaispalvelulain nojalla sai maan toiseksi suurin osuus ja ikääntyneiden osuus näissä palveluissa oli maan suurimpia. Siellä kuljetuspalveluja sai tukipalveluja vuoden aikana saaneista maan pienimpiä osuuksia. Väestöön suhteutettuna vammaisille myönnettäviä palveluja ja tukia oli maan neljänneksi eniten Länsi-Pohjassa (2018). Henkilökoh-taisen avun asiakkaita oli Länsi-Pohjassa väestöön suhteutettuna maan kolmanneksi eniten.

5.4 Perustason mielenterveys-palvelujen saatavuus ja laatu

Mielenterveyspalveluja on käsitelty myös [luvussa 5.6](#) (Mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä ennaltaehkäisevien palvelujen saatavuus ja vaikuttavuuden parantaminen).

Vuosille 2020–2030 laaditun kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman (Vorma ym. 2020) mukaan mielenterveyden häiriöt ovat yleistyneet. Koko maan tasolla lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä johtuu mielenterveyden häiriöistä. Myös mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus on kasvanut kaikilla alueilla ([kuvio 3](#)).

Johtamisessa ja rakenteissa tehdyt tai suunnitellut muutokset palvelujen saatavuuden ja laadun vahvistamiseksi

Muonio-Enontekiön mielenterveysyksikkö on 1990-luvun alusta asti ollut Lapin sairaanhoitopiirillä, ja vuoden 2017 alusta Rovaniemen kaupungin psykiatrinen yksikkö yhdistyi sairaanhoitopiirin psykiatriseen tulosalueeseen. Sen vastuulle tuli lisää perustason mielenterveys- ja päihdetyötä, joita toteuttavat A-kliinikka ja Mielitiimi. Kemi-Tornion mielenterveystoimiston toiminta on Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirillä, tosin asumispalvelut siirtyivät takaisin kaupungille. Länsi-Pohjassa lasten- ja nuorisopsykiatria yhdistyivät hallinnollisesti yhdeksi tulosyksiköksi.

Pääosin kunnat järjestävät perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut, ja aikuisten perustason mielenterveyspalvelut tarjotaan alueen terveyskeskuksista. Lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalvelut on sijoitettu eri toimintoihin eri järjestäjillä.

Alueen perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanotoilla ei mielenterveyden ongelmien yleisyys poikennut muusta maasta, vaikka tarve vaikuttaa monen indikaattorin valossa keskimääräistä suuremmalta.

Mielenterveyspalvelujärjestelmä on pirstaleinen ja alueellisesti vaihteleva, ja lisäksi pitkät välimatkat vaikuttavat toiminnan järjestämiseen. Johtaminen ei ole yhtenäistä, toiminta on järjestäjäkohtaista, ja se, että alueella on kaksi sairaanhoitopiiriä, vaikeuttaa kokonaisuuden hahmottamista.

Integraation ja tiedolla johtamisen kehittämisen laadun ja saatavuuden vahvistamiseksi

Alueellisesti yhtenäisten toimintamallien kehittäminen ja käyttöönotto on haastavaa. Perus- ja erityistason yhteistyö perustuu kunkin toimijan kanssa erikseen sovittuihin ratkaisuihin, paikallisten tarpeiden mukaan. Maakunnallista tietojärjestelmää ei ole, joten tietojohdaminen on vain paikallista.

Lapin sairaanhoitopiirin alueella erikoissairaanhoidon tuki peruspalveluille toteutui muun muassa koulutuksina ja etäkonsultaatioina, jotka laajennettiin jokaiseen tulosyksikköön. Lisäksi lasten ja nuorten palveluissa työskenteli perustason ja erikoistason rajapinnalla ”varhain-työpari”, joka teki konsultaatiotyötä alueen kouluissa. Siinä yhteistyötä tehtiin koulukuraattorien ja koulupsykologien sekä kuntien kanssa. Jalkautuminen erikoissairaanhoidosta koettiin tarpeelliseksi.

Länsi-Pohjan alueella psykiatrasta konsultaatiota annettiin perustasolle. Psykiatriassa on keskitetty hoitomalli ja yksi alueellinen numero palvelupuhelinohjaajalle, mikä selkeyttää hoitoon hakeutumista.

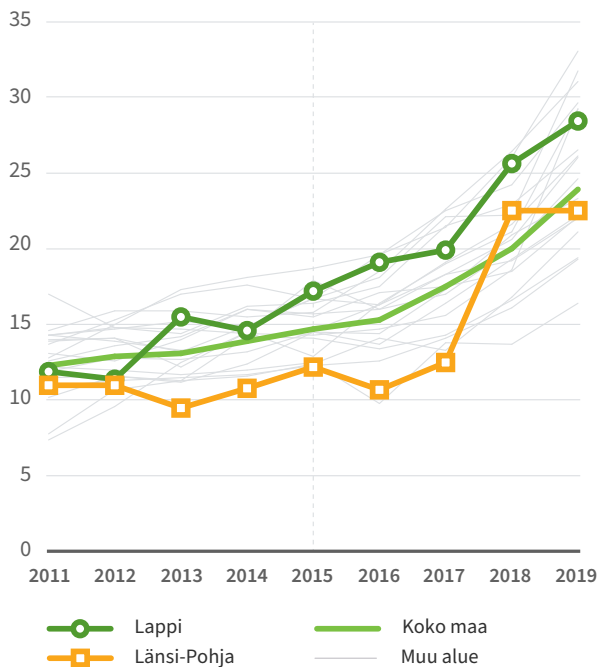
Palvelujen oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden varmistaminen

Maakunnassa ei ole hoitoketjujen yhteistä ja ajantasaista hallintamallia. Kehittämistyötä tehdään järjestäjäkohtaisesti, mutta yleisenä tavoitteena tuntui olevan peruspalvelujen parantaminen ja painopisteen siirtäminen varhaiseen tukeen. Yhteiset päätökset kuitenkin puuttuivat. Yhteistyö sivistyspalvelujen kanssa vaikutti toimivalta.

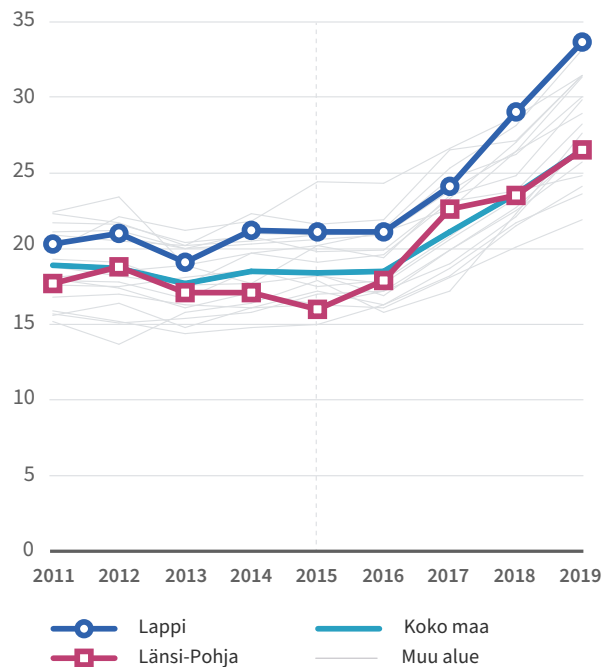
Matalan kynnyksen palveluja alueella antavat psykiatriset sairaanhoitajat, koulukuraattorit ja koulupsykologit, ja lisäksi parissa kunnassa psykiatriselle poliklinikalle voi hakeutua ilman lähetettä. Maa-

Kuvio 3. Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet vuosina 2011–2019.

18–24-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä



25–64-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä



Kuviossa esitetään, miten mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden lukumäärä on kehittynyt alueella ja koko maassa vuosien 2011 ja 2019 välillä väestömäärään suhteutettuna. Indikaattorin tulkinna on huomioitava alueen työllisyytilanne. Alueilla, joilla on paljon työttömyyttä, on vähemmän sairauspoissaoloja.

kunnan alueella koulupsykologipalveluja käytettiin muuta maata vähemmän, sillä palveluja oli oppilaitoksissa tarjolla vain vähän.

Länsi-Pohjassa hoitoonpääsy oli sujuvaa, matalan kynnyksen palvelua ilman lähetettä. Lapsille ja nuorille aika järjestetään yhteydenoton perusteella heti ja palvelua viedään myös kotiin, jos tarpeen. Alueella käytetään avoimen dialogin hoitomallia. Vanhuspsykiatriassa on oma ryhmänsä, joka tekee tarvittaessa käyntejä asumispalveluysiköihin. Alueella on myös varhaisen tuen yksikkö.

Henkilöstön osaamisen sekä muiden resurssien kehittäminen saatavuuden ja laadun vahvistamiseksi

Oulun yliopiston ja Lapin sairaanhoitopiirin välisen professorisopimuksen ja psykiatrian erikoislääkäriskoulutuksen ansiosta virkalääkäreiden määrä on lisääntynyt, mutta pulaa on edelleen. Hoitohenkilökuntaa koulutetaan yhteistyössä yliopistojen kanssa, esimerkiksi perheterapiaan. Maakunnan alueella koulupsykologipalveluja oli vähän tarjolla, mutta koulukuraattorien palveluja hyvin.

Lapin sairaanhoitopiirin järjestämissuunnitelman mukaan uuden yhteisen palvelumallin luomisessa hyödynnetään eri kunnissa jo toimivia, niihin soveltuvia ratkaisuja, tuetaan niiden toimintaa ja tuodaan erityisosaamista muun muassa digitaalisia palveluja hyödyntämällä.

Teknologian hyödyntäminen

Etäpalvelut ovat kehittyneet pitkien etäisyyksien vuoksi, ja potilaita osallistetaan omaan hoitoonsa myös tätä kautta. Mobiilisanelu otettiin käyttöön.

Virtuaalinen sosiaali- ja terveyskeskus (virtu.fi) on yleinen neuvontakanava, josta myös ohjataan asiakkaita palveluihin sekä tekemään itsearviointeja. [Mielenterveystalon](#) palvelut on käytössä. Voimaperheet-etätoimintamalli aloitettiin lähes kaikissa alueen kunnissa vuonna 2019.

5.5 Ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen integraatio

Väestön ikääntyminen siirtää kysynnän painetta julkisesti rahoitettuihin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Ikääntyneiden palvelujen tarve kasvaa erityisesti 75 vuotta täyttäneillä, joiden määrä lisääntyy tulevana vuosina kaikilla alueilla ([kuvio 4](#)).

Ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen integraatiota tukevat organisaatiorakenteet ja johtamisjärjestelmät

Maakunnallista yhteistä organisaatiota ei ole, mutta vanhustyön johtajat kokoontuvat säännöllisesti, samoin kotihoidon verkosto. Palvelurakenne ja tarjolla olevat tosiasialliset palvelut vaihtelevat alueittain. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus kehittää saamelaisten hyvinvointipalveluja.

Rakenneuudistuksen aiemmissa vaiheissa on tuotettu toimintamalleja, käsikirjoja, selvityksiä ja palvelukuvauksia. Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeessa tunnistettiin integraatiota lisääviä toimia, esimerkiksi kuntoutushenkilöstön siirtäminen tukemaan kotihoitoa. Kehitetyt, yhteiset toimintamallit on otettu vaihtelevasti käyttöön kunnissa.

Henkilöstön yhteiskäyttö on luontevaa pienissä kunnissa ja osin välttämätöntäkin. Joissain kunnissa kotisairaalan ja kotihoidon henkilöstöä koulutettiin yhdessä.

Terveyspalvelut kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa

Terveyspalvelut kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa vaihtelivat kunnittain. Kotisairaaloiminta laajeni, ja suurimmassa osassa kunnista oli jonkinlaista kotisairaaloimintaa. Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa kehitettiin ja annettiin kotisairaalan kautta asumispalveluysiköihin osassa kunnista. Alueella tunnistettiin tarve lisätä sairaanhoitajia kotihoitoon.

”Päivystys Pirtissä” -kokeilu on yhden ensihoitajan yksikkö, joka pyrkii ratkaisemaan tilanteen ja tarjoamaan tarvittavan avun asiakkaan kotona. Akuutin tilanteen jatkoseurannassa korostui yhteistyö kotihoidon ja kotiutustiimin kanssa. Lähihoitajavetoista yöpartioimintaa oli osassa kuntia. Suurimmassa osassa kotihoidon yksiköistä toteutui ympärivuorokautinen lääkärikonsultaation tuki henkilökunnalle.

Kotikuntoutusta oli noin puolessa Lapin sairaanhoitopiirin alueen kunnista. Etäteknologioiden hyödyntäminen lisääntyi kotona asumisen tukemisessa. Koneellisen lääkejakelun ja lääkeautomaattien käyttö lisääntyivät. Tosin turvateknologian hälytysten vastaanottoa ja auttajakäyntejä on vaikea järjestää maaseudulla.

Valvontaviranomaisen mukaan joidenkin kuntien terveydenhuollossa on saatettu tulkita, että myös asukkaiden perusterveyspalvelut tai osia niistä on ulkoistettu, kun kunnat ovat yksityistäneet vanhusten palveluasumista. Se on aiheuttanut huolta vanhusten terveyspalvelujen heikkenemisestä.

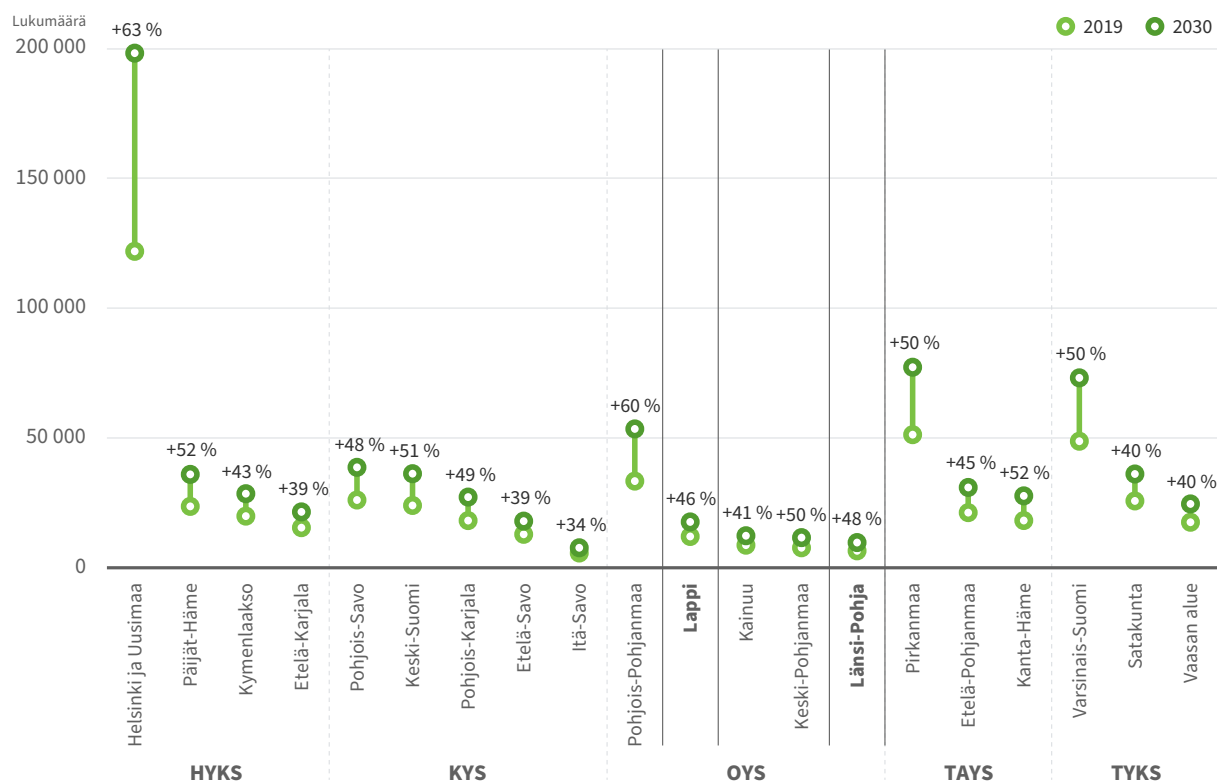
Saamenkielisen ja kulttuurilähtöisen osaamisen tarve korostuu saamelaisille ikääntyneille kotiin annettavissa palveluissa. Heidän tarpeisiinsa on kehitetty kulttuurisia toimintamalleja.

Palvelujen porrastus sekä tiedonkulku ikääntyneiden palvelujen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken

Ikääntyneiden palveluketjut ovat hyvin järjestäjäkohtaisia, mikä on haaste vertikaaliselle integraatiolle. Toimintakäytännöt palvelujen nivelvaiheissa vaihtelevat, samoin paikallinen palveluvalikoima. Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeessa luotiin ennakoiva kotiutumisen malli. Siinä kotiutumista tehdään sujuvammaksi käyttämällä hyväksi sähköistä tiedonsiirtoa (virtu.fi) ja hyödyntämällä kotisairaalan, tehostetun kotihoidon ja kotikuntoutuksen mahdollisuuksia.

Rovaniemen sairaalan alueella kehitettiin palveluketjuja ja tiedonkulkua niin, että asiakkaan käytössä olevat palvelut tiedetään jo hänen tullessaan sairaalaan, yhdestä numerosta saadaan järjestettyä kotihoito ja potilas voidaan kotiuttaa ilman välisas-

Kuvio 4. Ennuste 75 vuotta täyttäneiden lukumäärän kehityksestä alueittain.



Kuviossa esitetään, miten 75 vuotta täyttäneiden lukumäärän ennustetaan muuttuvan vuosien 2019 ja 2030 välillä. Muutoksen suuruutta kuvataan prosentteina. Tiedot perustuvat vuonna 2018 laadittuun Tilastokeskuksen väestöennusteeseen.

topaikkaa. Tiedonkulussa, erityisesti silloin kun siirrytään palvelusta toiseen, on kuitenkin vielä ongelmia.

Moniammatillinen yhteistyö ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen välillä

Lapin maakunnassa on kehitetty yhteistä mallia asiakas- ja palveluohjaukseen, mutta se ei ole maakunnallisesti käytössä. Alueellisesti on kokeiltu neuvonta- ja ohjauspuhelinta, mutta yhteydenottojen vähyiden vuoksi siitä luovuttiin.

Osassa kunnista kotiuttaminen tehdään aina moniammatillisesti yhteistyössä. Moniammatillisuus toteutuu myös kotikuntoutuksessa. Lisäksi arviointijakson tarpeen arvioivat aina sekä asiakasohjaaja että kuntoutustyöntekijä ja jakson aikana arvioidaan asiakkaan palvelutarvetta ja edistetään hänen toimintakykyään.

Rovaniemellä toimii asiakaslähtöisesti muodostettu Ikäosaamiskeskus; se sisältää geriatrisen poliklinikan, muistipoliklinikan, vanhussosiaalityön ja samassa yhteydessä keskitetyn ikäihmisten neuvonnan ja laaja-alaisen palvelutarpeen arvioinnin. Tässä toteutuu integraatio sekä terveydenhuollon sisällä että sosiaalipalveluihin.

Valvontaviranomainenkin toteaa, että ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen integraatiolle on ominaista paikkakunta- ja yksikkökohtaiset erot. Osassa kuntia on vakiintuneet yhteistyörakenteet, kun taas joissakin kunnissa systemaattisessa yhteistyössä on vielä kehitettävää.

5.6 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä ennaltaehkäisevien palvelujen saatavuus ja vaikuttavuuden parantaminen

Mielenterveystalveluja on käsitelty myös [luvussa 5.4](#) (Perustason mielenterveystalvelujen saatavuus ja laatu).

Järjestäminen on hajautunutta, eikä yhteistä tietopohjaa ole. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen laaja palvelurakenteen ja toiminnan muutos on jatkunut vuosien ajan, ja sairaanhoitopiirien vastuulle on tullut perustason mielenterveys- ja päihdetyötä. Psykiatrian tilojen siirto keskussairaalan yhteyteen on menossa molemmissa sairaanhoitopiireissä.

Kunnilla päävastuu avohoidon mielenterveys- ja päihdepalveluista

Kunnat järjestävät pääasiassa itse avohoidon mielenterveys- ja päihdepalvelut, ja myös katkohoito on toteutettu pääsääntöisesti terveystalveksissa sen jälkeen, kun Lapin päihdehuollon laitostyysikön toiminta loppui. Lapin sairaanhoitopiiri vastaa Rovaniemen mielenterveys- ja päihdepalveluista, ja lisäksi nuorten päihdehoito ja -kuntoutus siirtyivät sen vastuulle. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri tuottaa Kemn mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä Tornion mielenterveystalvelut. Pohjoissaamenkielisille hankitaan kulttuurisensitiivisiä ja omakielisiä talveluja Norjan Kaarasjoelta.

Hoitotakuu toteutui niin lasten- kuin nuorisopsykiatriassakin molemmilla alueilla. Länsi-Pohjassa lapsille ja nuorille ei ole omia osastopaikkoja, ja Lapissa lasten ja nuorten psykiatrian osasto ei toimi viikonloppuisin, vaan hoito on OYS:ssa. Aikuisilla psykiatrian laitoshoidoa oli keskimääräistä vähemmän, mikä voi viitata muiden talvelujen toimivuuteen. Mielenterveystalvelujen avotalveluja käytettiinkin runsaasti.

Valvontaviranomainen puuttui alueella yksittäistalveuksina muun muassa sosiaalihuollon erityistalvelujen järjestämiseen ja hoidontarpeen arvioissa olleisiin viiveisiin.

Alueen ammattilaiset eivät pidä mielenterveystalveluja riittävinä

Recovery-hankkeen kyselyssä alueen ammattilaisille vuonna 2019 alle kolmasosa vastaajista piti mielenterveystalvelujen avo- ja erikoistason talveluja riittävinä, mutta kuitenkin lähes kahden kolmasosan mielestä potilaat pääsivät tarvitsemaansa hoitoon viivytyksettä. Yli puolet arvioi, että talvelut järjestetään matalan kynnyksen periaatteella, mutta talveluja ei saa yhdestä paikasta eikä kielen ja kulttuurin mukaisia mielenterveystalveluja pystyttyä järjestämään. Kaikissa edellä mainituissa vastauksissa oli merkittävää alueellista vaihtelua. Lähes puolet arvioi hoito- ja talveluketjut oikea-aikaisiksi ja toimiviksi organisaatioiden välillä, mutta ennaltaehkäisevät ja varhaisen puuttumisen toimet arvioi riittäviksi vain joka neljäs.

Ehkäisevän päihdetyön rakenteet ja toiminta olivat hyvällä tasolla. Lähes kaikissa kunnissa oli ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin ja yhdyshenkilö, lisäksi suurin osa kunnista valmisteli ehkäisevän päihdetyön suunnitelmaa. Psykiatreja hankittiin ostopalveluna erityisesti päihdepalveluihin.

Paikallista yksittäisten prosessien ja toimintatapojen kehittämistä

Yhteistä kehittämisverkostoa ei ole, mutta suuntaus oli avohoitoiseen ja asiakaslähtöiseen suuntaan. Digitaalaisia palveluja on kehitetty, esimerkiksi etäkäynnit ja verkkolomake hoidon tarpeen arviointia varten ovat käytössä virtu.fi:n kautta.

Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdepalveluissa kehitettiin prosesseja, lisättiin koordinaatiota ja laajennettiin toimintaa; siellä aloitettiin muun muassa kotiutustiimi ja perustettiin injektio- poliklinikka. Peruspalveluissa kehittäminen oli järjestäjäkohtaista: kehitettiin muun muassa toimintatapa konsulttipsykiatrin palveluihin, aloitettiin depressio- koulu-toiminta ja selkeytettiin työnjakoa ammattiryhmien välillä. Näillä on laadullisia vaikutuksia, mutta vähäisiä, jos ne jäävät paikallisiksi. Päihdepalveluissa laajennettiin A-klinikan kuntouttavaa ja jalkautuvaa toimintaa. Nuorten ja nuorten aikuisten päihdehoitoa kehitettiin monitoimijaisesti.

Länsi-Pohjan alueella on kehitetty avoimen dia- login hoitomallia. Monipuolisia palveluja tarjotaan ihmisten omassa elinympäristössä. Lasten- ja nuorisopsykiatrin hoitoprosessia kehitettiin niin, että samassa perheessä oleville lapsille on yksi yhteinen työryhmä. Otettiin käyttöön palvelupuhelinohjaus. Erityisenä kehittämiskohteena oli koko perheen huomioiminen ja vanhemmuuden tukeminen.

Monitoimijaisuus tavoitteena

Yleisenä linjauksena oli yhteistyön tiivistäminen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä sosiaalitoimen kesken. Sama linjaus oli myös Lapin sairaanhoitopiirin innovoimassa palvelumallissa, jossa keskeistä on asiakkaan oman toimijuuden vahvistaminen ja tarpeen mukaan kasvava tai kutistuva monitoimijainen yhteistyöryhmä asiakkaan tukena. Mallissa asiakas saatettaisiin tarvittaessa erityispalveluihin, mutta kokonaishoidon vastuu säilyisi perussosiaali- ja terveydenhuollossa.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuutta parannetaan Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeessa, ja työssä otetaan huomioon myös saamenkieliset ja heidän kulttuurinsa.

5.7 Palveluverkon ja palvelurakenteen uudistamistoimet suhteessa alueen väestön yhdenvertaiseen palvelujen saatavuuteen

Pitkät etäisyydet ovat vaikuttaneet palveluverkon muotoutumiseen

Palvelurakenne on hajautunut. Palveluverkko on rakentunut kuntien palvelukeskittymien ja laajoissa kunnissa lisäksi kaukaisimpien ja suurimpien kylien palvelupisteiden varaan. Pitkien etäisyyksien alueella on priorisoitu laajaa lähipalveluverkkoa. Saamenkielisen väestön erityistarpeet tulee huomioida. Saamelaiskäräjät asetti saamelaisten sosiaali- ja terveysasiain yhteistyöelimen toimikaudeksi 2020–2023.

Asiakastytyväisyys sekä terveysaseman että suun terveydenhoitopalvelujen toteutumiseen kohtuullisessa ajassa oli maan paras Länsi-Pohjassa ja muun maan tasoa Lapissa vuonna 2018. Kuitenkin maakunnassa hoitoa tarvinneista maan suurin osuus, joka seitsemäs, ei ollut mielestään saanut hoitajan vastaanottopalveluja eikä joka kuudes lääkärin tai hammaslääkärin vastaanottopalveluja riittävästi.

Maakunnassa on tehty paljon pohjatyötä ja kehittämistä yhdessä

Aiemmassa uudistushankkeessa selvitettiin asukkaiden palvelutarpeita ja -toiveita, palvelun käyttöä, saatavuutta ja saavutettavuutta. Arviot tarvittavista perusterveydenhuollon sairaansijoista sekä suunnitelma ammattilaisten sijoittumisesta ja erityispalvelujen jalkautumisesta lähipalvelupisteisiin jäivät tekemättä. Sote-Savotta-hankkeessa teetettiin selvitys terveyskeskussairaalaverkosta ja kuntoutuksen toiminnoista, ja LAPE-muutosohjelmassa tehtiin karttatarjoitus perhekeskusverkostosta. Näissä syntyi useita vaihtoehtoisia malleja.

Alueella on kehitetty hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja, mutta niitä ei ole otettu kattavasti käyttöön. Maakuntaan on tehty myös yhteiset perusteet ikäihmisten sosiaalihuoltolain mukaisille palveluille. Näiden laaja käyttö parantaisi yhdenvertaisuutta.

Palvelurakennemuutos eri vaiheessa eri alueilla ja toimialoilla

Erikoissairaanhoidon on keskitetty Lapin ja Länsi-Pohjan keskussairaaloihin. Lisäksi erikoisaloiden tutkimuksia ja palveluja annetaan terveyskeskusten yhteydessä ostopalveluna ja jalkautuvana palveluna sairaaloista. Ylä-Lapin asukkaat käyttävät jonkin verran Norjan palveluja. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö on Lapin keskussairaalassa, yhteispäivystys on Länsi-Pohjan keskussairaalassa, ja erillinen perusterveydenhuollon päivystysyksikkö toimii Ivalon terveyskeskuksessa.

Terveyskeskusten vuodeosastoja on lähes kaikissa kunnissa ja tehostettua palveluasumista samoin. Kotisairaaloiminta laajentui, ja palliativista hoitoa kehitettiin. Osassa kunnista kotihoitoa tarjottiin kaikkina vuorokauden aikoina. Kotikuntoutusta tarjottiin noin puolessa Lapin kuntia. Osassa kunnista on jo kevennetty vanhuspalvelujen palvelurakennetta, ja vammaispalveluissa se on menossa. Päihdehuollossa on siirrytty avopalveluihin, mutta painopiste oli edelleen tuetun asumisen sijaan tehostetussa ryhmämuotoisessa asumisessa, kuten mielenterveyspalveluissakin. Lapsi- ja perhepalvelujen resurssit on suunnattu perustason palveluihin. Käynnissä on sosiaali- ja terveyspalveluja yhdistäviä rakennushankkeita, joissa integraatio on huomioitu myös tilasuunnittelussa.

Hoidon saatavuus parani

Mahdollisuus oikea-aikaiseen arvioon ja hoitoon vaihteli kunnittain. Henkilöstöresurssien ja osaamisen erot sekä erilaiset hoitokäytännöt vaikuttavat yhdenvertaisuuteen. Useiden ammattiryhmien ja erityisesti saamenkielisen henkilöstön saatavuudessa oli puutteita.

Ulkoistettujen terveysasemien vastuulla oli Länsi-Pohjassa maan suurin osuus väestöstä (88 %), Lapissa osuus oli pieni (3 %). Myös somaattinen erikoissairaanhoidon on ulkoistettu yhteisyritykselle Länsi-Pohjassa. Ulkoistukset ovat heikentäneet yhteistyöverkostoja, ja sairaanhoitopiirien välillä korostui enemmän kilpailu kuin yhteistyö.

Hoidon saatavuus parani vuonna 2019 edeltävään vuoteen verrattuna sekä perus- että erityistasolla, lukuun ottamatta Lapin suun terveydenhuoltoa. Lastensuojelun hoitotakuuaikojen suhteen tilanne vaihteli ajanjaksosta riippuen. Myös kunnittainen vaihtelu oli suurta.

Yhteistyö tiivistyy hankkeiden myötä sekä maakunnassa että erityisvastuualueella

Erityisvastuualueella on voimassa sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon järjestämissopimus vuosille 2018–2021. Valtioneuvoston työnjakoasetus muutti erikoissairaanhoidon vastuita jonkin verran. Erityisvastuualueella on perustettu osuuskunta ja yhteistyö on tiivistä, mutta maakunnan sairaanhoitopiirien kesken yhteistyötä ei juuri ole.

Sähköisen asioinnin yhteinen kehittäminen alueella on jatkunut jo vuosia, ja [Virtu.fi](#)-palvelu on laaja ja kattava. Asioinnista yhä suurempi osa voidaan tehdä paikasta riippumatta, mikä vähentää saavutettavuuseroja.

Tulevaisuuden sote-keskus -hanke edistää monipuolisesti palvelujen saatavuutta sekä yhdenvertaisuutta – myös saamenkielisten ja saamelaiskulttuurin mukaisten palvelujen käyttäjille.

Áššedovdiárvoštallan

Lappi eanagoddi lea stuoris ja hárveásson. Ahkejuohkášupmi lea seammalágan go riikkas gaskamearálaččat. Riegádeapmi lea Lulli-Lappis stuoris, muhto álbmot boarásmuvvá. Buohcan lea stuoris, ja das leat olu guvllolaš molsašuddamat. Hálddahus lea biedgguid, ordnejeaddjit ja ordnejeaddjibealit leat olu, nuba oppalašvuodaid lea váttis hábmet. Guovllus leat guokte buohccedikšunbire, maid ovddasvástádussan leat oassái vuodđobálvalusatge. Bálvalanráhkadus lea moaluid mielde. Eanagottálaš diehtovuogádat ii leat.

Dárbui heivehuvvon golut ledje eanagottis guhtta proseantta stuorát go riikkas gaskamearálaččat. Spešialabuohccedivššu golut ássiid guovdu ledje stuorámusaid joavkkus riikkas sihke Lappi ja Lulli-Lappi buohccedikšunbiriin. Somáhtalaš spešialadivššu dárbui standardiserejuvvon rehkenastojuvvon golut ledje riikka stuorámusat Lulli-Lappi buohccedikšunbires. Eanagotti álbmoga geahppánettiin ja ekonomijja čavvgodettiin deattut goasttádusbeaktiilit doibmii leat stuorrá.

Bálvalanráhkadusa geahpedeapmi lea jođus. Elektrovnnalaš áššiiddikšun lea lassánan. Virtuála sosiála- ja dearvvašvuodaguovddáš (virtu.fi) lea mánngabealat vuoláš mánngga eará doaibmái ja doaibmiide. Čuovgafiber- ja mobiilafierpmi gullokeahtes guovllut leat goittotge.

Ovddideami oppalaš linnjemín lea ovttasbarggu lasiheapmi mánngga suorggi ektui. Mánnggain eará eanagotti fidnuin leat gárgehan buriid geavadagaid ja doaibmamáliid, maid goittotge eai leat váldán gokčevaččat atnui. Ámmátolbmuid fáhtehahttivuodas leat váilevuodát, eandalii sámegielat bargoveaga bokte.

Gielddain lea váldoovddasvástádus rabasdivššu mielladearvvašvuodabálvalusain

Guovddášgávpogiid mielladearvvašvuodabálvalusat leat sirdašuvvan buohccedikšunbiriid ovddasvástádussan, oassái maiddái gárrenávnasbálvalusat. Psykiatriija spešialadoavtterskuvlejumi, professura, ánsuss virgedoaktárat leat eanet. Dikšunbargoveaga skuvlejít ovttasbarggus universitehtaiguin.

Dikšungollosa oktasaš ja áigedási hálddašanmálla váilu. Ovddideapmi lea ordnejeaddjiid guovdu, muhto oppalaš mihttomearrin lea vuodđobálvalusaid buorideapmi. Gáidduskonsultašuvvna gielddai doarjjan leat lasihan. Mánáid- ja nuoraidpsykiatriijain “ára-bargopára” barget vuodđodási ja spešialadási rádjagierragis skuvllain. Ovttasbargu čuvgehusbálvalusaiguin doaibmá.

Vuollegaš šielmmá bálvalusain skuvlapsykologabálvalusat leat unnán oažžumis, muhto kuráhtorbálvalusat eanet go gaskamearálaččat. Psykiatriija buohccedivššáriid bálvalusat leat lagašbálvalussan, ja moatti gielddas psykiatriijalaš poliklinkai sáhtta ohcalit almmá sáddenreivve. Lulli-Lappi guovllus gárgehuvvon dikšunmálla lea vuollegaš šielmmá bálvalus, mas lea okta guvllolaš nummir bálvalustelefonbagadoallái.

Guovllu ámmátolbmuid dahkkon dihtošteami vástideaddjiin vuolled goalmamádas anii mielladearvvašvuoda rabas- ja spešialadási bálvalusaid doallevažžan, muhto goittotge measta guovtti goalmámádas mielas buohccit besse dikšui ájahalakeahtta ja bealli vástideaddjiin árvoštalaš dikšun- ja bálvalangollosiid rivttesáiggálažžan ja doaibmin.

Mielladearvvašvuoda- ja gárrenávnasbálvalusaid ovddideapmi moaluid mielde

Viiddis bálvalusráhkadusa ja doaimma nuppástus lea joatkašuvvan jagiid áigge. Buohccedikšunbiriid ovddasvástádussan lea bohtá lassin vuodđodási mielladearvvašvuoda- ja gárrenávnasbargu. Gárrenávnasfuolahusa lágádusovttadaga doaibma nogai Lappis, ja dan manjá botkendikšu lea dahkkon váldoáššis dearvvašvuodaguovddážiin

Eastadeaddji gárrenávnasbarggu ráhkadusat ja doaibma leat buori dásis. Mielladearvvašvuoda ovddalgihtii eastadan ja áramuttu seahkaneami doaimmaid árvoštalaš doallevažžan dušše juohke njealját vástideaddji dihtošteamis, mii leat dahkkon guovllu ámmátolbmuid.

Doaibmavuogit ja ovddideapmi leat ovttradagaid guovdu. Ovddideamis vuodjut proseassa ja dikšungollosa osiide eanet go oppalašvuodaide. Figgamuš lea rabasdivššu ja áššehasa lahka lean, lagašolbmuid vuhtiiváldán bálvalussii sihke mielladearvvašvuoda- ja gárrenávnasbálvalusain.

Psykiátraid skáhppojit gárrenávnasbálvalusaide oastinbálvalussan. Dikšundáhkádus ollašuvvá goappáge buohccediškunbires mánáid- ja nuoraidpsykiatriijasge. Davvisámegielaigiidda skáhppojit kultursensitiivvaláš ja iežasgielat bálvalusaid Kárášjogas Norggas.

Ahkeolbmuid bálvalusaid ja dearvvašvuodabálvalusaid integrašuvdna lea nanosmuvvan

Ahkeolbmuid bálvalusaid ja dearvvašvuodabálvalusaid integrašuvdnii leat mihtilmasat báikegotti ja ovtadaga guovdu lean earut. Guovllu boarrásiidbarggu hoavddat čoahkkanit jeavddalaččat, seammá maiddá ruovttudivššu fierpmádat.

Eanagottálaš fidnuin leat Lappis buvttadan doaibmamálliid, giehtagirjjiid, čielggadusaid ja bálvalusgovvadásaid. Doaimmalaš ruovttudikšun Lappii –fidnus earuhedje integrašuvnna lasihan doaimmaid, dego veajuiduhttinbargoveaga sirdin doarjut ruovttudivššu, ja dahke ovddalgihtii ávaštallan ruoktut máhccama málle lasihit ruoktut máhccama njuovžilvuoda. Fidnu loahpas gárghevuvon, oktasaš doaibmamállet váldojuvvojedje atnui molsašuddi láhkai gielddaid mielde. Doaibmavuogádagat bálvalusaid laðasmuttuin molsašuddet, seammá maiddá báikkálaš bálvalusfállu.

Mággafágalašvuoda dárbu lea gávnnahuvvon guovllus, ja ovdamearkan ruoktut máhcaheamit dáhpáhuvvet dávjá mággafágalaš ovttasbarggu bokte. Maiddá ovtta vuosttasdivššára ovtadaga iskkadallamis badjánii ovttasbargu, eandalii ruovttudivššu ja ruoktut máhcaheami joavkkuin. Ruovttuveajuiduhttin lei sulaid bealis Lappi gielddain. Ruovttubuohcceviessodoaibma lea viidon ja birrajándora doavttirkonsultašuvnna doarjja bargovehkii nanosmuvvan. Mieduštandivššu ja palliatiivvaláš divššu leat gárgehan, ja dat addojuvvo ruovttubuohcceviesu bokte ássanbálvalusovttadagaide oasis gielddain. Gáiddusteknologiija ávkkástallan lassánii ruovttus ássama doarjumis. Sápmelaš ahkeolbmuid dárbbuide leat gárgehan kultuvrralaš doaibmamálliid.

Äššitobdeeárvuštállâm

Laapi eennâmkodde lii styeres, já ulmuuh ääsih tobbeen häärvih. Ahejuáhásem lii siämmáálágán ko enâmist koskamiäráávt. Viestâr-Pohjaast šaddeh ennuv párnááh, mut ässeeviehâ kiäppán. Puácuvuodâi tietum ulmui kooskâ lii meid olluv, já tast lii ennuv kuávluláš mulsâšuddâm. Haldâttâh lii piäđgui, uárnejeijeh já ornimvyevih láá ennuv, já nuuvtpa ubâlâšvuodâi oles kove lii vaigâd aiccâđ. Kuávlust láá kyehti pyecceetipšompiiri, moi ovdâsvástádâsâst láá uásild meid vuáđupalvâlusah-uv. Palvâlemrááhtus lii piäđgui. Eennâmkodáláš tiätuornijdâh ij lah.

Tárboid heiviittum manoh lijii eennâmkoddeest kuttâ prooseent stuárráábeh ko enâmist koskamiäráávt. Ässeekuáhtásiih sierânâspyecceetipšom koloh lijii ubâ eennâm stuárráamusah sehe Laapi já Viestâr-Pohja pyecceetipšompiirijn. Somatlii sierânâspyecceetipšom tárbustáđasmittum, rekinistmijd vuáđudum koloh lijii eennâm stuárráamusah Viestâr-Pohja pyecceetipšompiirist. Eennâmkode vevâ kiäppándijn já ruttátuálu káržudijn tedduuh koloi uáinust pehtilub tooimân láá stuárráh.

Palvâlemrááhtus kepidem lii joodoost. Šleđgâhámásâš ášástállâm lii lasanâm. Virtuallâš sosial- já tiervâsvuotâkuávdáš (virtu.fi) lii maangâpiälásâš vuáđu maangâ tuáimei já tooimân. Čuovâkuidâ- já moobilviermijn láá kuittâg kávcáldâhviđdoduvah.

Ovdedem almolii linjim miel oovtâstargo čavosmittoo maangâsuárgásávt. Maangâ oovdeb eennâmkode haavâin láá ovdedum šiev keevâtlâšvuodah já toimâmmyenstereh, moh iä kuittâg lah valdum viđđáht kiävtun. Áámmátargei finnimvuodâst láá vááijuvvuodah, eromášávt sâmikielâlij pargei peht.

Kieldâin válduovdâsvástádâs ávustipšo mielâtiervâsvuotâpalvâlusâin

Kuávdáškaavpugij mielâtiervâsvuotâpalvâlusah láá sirdum pyecceetipšompiirij ovdâsvástádâssân, uásild uáiváditteepalvâlusah-uv. Psykiatria sierânâstuáhtárškovlim, professor, áánsust virgetuáhtáreh láá eenâb. Tipšompargoviehâ škuávejuvoo oovtâstargoost ollâopâttuvâiguin.

Tipšomsalvânij ohtsâš já ääigitásâš haldâšemyenster váilu. Ovdedem sorjo uárnejeijest, mut almolâžžân ulmen lii vuáđupalvâlusâi pyeredem. Káiduskonsultaatio kieldâi tuárjum várás lii lasettum. Párnái- já nuorâipsykiatriast “tooláa-pargopáarâ” (“varhain”-pargopáarâ) parga škoovlâin vuáđutääsi já sierânâstääsi ráájjist. Oovtâstargo čuovviittâspalvâlusâiguin tuáimâ.

Vyelligis kozzâš palvâlusâin škovlâpsykologipalvâlusah láá vääniht fáállun, mut kuraattorpalvâlusah koskamiäráávt pyerebeht. Psykiatrilij pyecceetipšoi palvâlusah láá finniimist aldapalvâlussân, já muádi kieldâst psykiatrilii poliklinikan puáhtá moonnâđ vuolgâttâspááppárttáa. Viestâr-Pohja kuávlun kuávdâsmittum tipšommyenster lii vyelligis kozzâš palvâlus, mađe várás lii ohtâ kuávluláš nummeer palvâlempuhelinstivrejeiei.

Kuávlun áámmátljij tohhum kojâdâllâm västidejeijn vuálá kuálmád uási arvâlij, et mielâtiervâsvuotâ ávus- já sierânâstääsi palvâlusah láá tuárvi, mut kuittâg masa kyehti kuálmád uási mielâst pyecceeh pessii ájättâlhánnáa ton tiipšon, mon sij tarbâšii, já peeli västidejeijn árvuštâlâi, et tipšom- já palvâlemsalvâneh tábâhtuveh rievtišáigásávt já tuáimih.

Mielâtiervâsvuotâ- já uáiváditteepalvâlusâi ovdedem lii piäđgui

Vijđes palvâlemrááhtus já tooimâ nubástuttem lii jotkum jo iivij. Pyecceetipšompiirij ovdâsvástádâssân lii šoddâm lase vuáđutääsi mielâtiervâsvuotâ- já uáiváditteepargo. Uáiváditteetipšom lájádâsohtâdov toimâ nuuvâi Laapist, já tast maŋa potkimtipšo lii olášum iännáázin tiervâsvuotâkuávdáin.

Estee uáiváditteepargo ráhtuseh já toimâ láá šiev tääsist. Mielâtiervâsvuotâ estee já arâdis išedem tooimâid árvuštâlâi rijttevâžžân kuávlun áámmátljij tohhum kojâdâllâm västidejeijn tuše jyehi niäljád.

Toimâmvyevih já ovdedem sorjoh tast, mon ohtâdovâst lii saahâ. Oovdedmist tiäddu lii pieijum proosees já tipšomsalvânij ossij pyerebeht ko ubâlâšvuotâid. Ulme lii ovdediđ sehe mielâtiervâsvuotâ- já uáiváditteepalvâlusâid, moh olášuttojeh ávustipšom vuovvijn äššigâs alda já vâldih huámmášumân äššigâsân aldaaš ulmuid.

Psykiatreh háhhojeh uáiváditteepalvâlussáid uástupalvâlussân. Tipšomtáhádâs olášui kuábbáá-uv pyecceetipšompiirist nuuvt párnái- já nuorâipsykiatriast-uv. Tavesämikielâlijd háhhojeh kulttuursensitivliih já jieijâskielâliih palvâlusah Taažâ Kárašjuuvâst.

Elilâm ulmui palvâlusâi já tiervâsvuotâpalvâlusâi integraatio lii nanosmittum

Elilâm ulmui palvâlusâi já tiervâsvuotâpalvâlusâi integraation lii tijpâlâš, et tast láá päikkikodde- já ohtâdâhkuáhtásiih iäruh. Kuávlv puárásijpargo hoovdah čokkâneh merikooskâi, siämmáá náál päikkitipšo viärmádâh.

Laapist láá pyevtittum toimâmmyenstereh, uáppáh, čielgiittâsah já palvâlemkuvviimeh eennâmkodálijn haavâin. Tuáimee päikkitipšo Laapin (Toimiva kotihoito Lappiin) -haavâst pajanii tooimah, moh lasetteh integraatio, nuuvt ko vajoidittempargovievâ sirdem tuárjuđ päikkitipšo, já haavâ ääigi rahtui pááikán maccâm myenster, mii lasseet pááikán maccâm nyebžilvuodâ. Tast maŋa ko haahâ nuuvâi, te ohtsiih toimâmmyenstereh váldojii kieldâin kiävtun mulsâšuddeht. Toimâmkeevâtlâšvuodah palvâlusâi lođâsmuddoin mulsâšudeh, siämmáá náál páihálâš palvâlemfalâldâh.

Kuávlust lii aiccum maangâáámmátlâšvuodâ tárbu, já ovdâmerkkân pááikán macâtem tábáhtuvá távjá maangâáámmátlávt oovtâstpargoost. Meiddei oovtâ vuosâtipšoo ohtâduv keččâlâdmist oovtâstpargo pajanij kuávdáš roolin, eromášávt päikkitipšo já pááikánmacâtemtiimijn. Päikkivajoiditem uárnejui suullân peeleeest Laapi kieldâin. Päikkipyecceeviäsutoimâ lii vijdánâm já pirrâmpiäivásâš tuáhtárkonsultistem toorjâ pargovievâ várás lii nanosmum. Laidimtipšo já palliativlâš tipšo lii ovdedum, já tot adeluvvoo päikkipyecceeviäsu peht aassâmpalvâlemohtâduvváid uásist kieldâin. Káidusteknologiaiguin ávhástállâm lasanij pääihist aassâm tuárjumist. Sämmilij elilâm ulmui táárbui várás láá ovdedum kulttuurliih toimâmvyevih.

Ä'sštobddiarvvlös

Lappi mädtkä'dd lij šurr da õccck'žžen jälstum. Ää'kkjuâggâlm lij seämmannallšem gu jännmest kõskkmeä'rin. Šöddâmvue'tt lij Länsi-Pohja beä'lnn šurr, leša narod keäppan. Puâccjemvue'tt lij še šurr, da tö'st liä jiännai vooudla muttâz. Vaaldâšm lij piõdggnam, jä'rjsteei da riâššâmvue'jj liä jiännai, di tä'l obbvuo'd liä vaiggânji äblkâ'stemnalla. Vuu'dest liä kue'htt puõccihâiddamvuu'd, kooi vasttõõzzâst liä pie'kkin še vuâdtkäâzzkõõzz. Käâzzkâ'stemraajâs lij puâtknõddi. Mäddkââddla teättriâšldõõgg jiä leäkku.

Ta'rbbe õ'hte suänn'jum kuul le'jje mäddkââ'ddest kutt prosee'nt šuurab gu jännmest kõskkmeä'rin. Jälsteeivuõttisa spesiaalpuõccihâaid kuul le'jje jännam šuurmõõzz nu't Lappi gu Länsi-Pohja puõccihâiddamvuu'dest. Somaattlaž spesiaalpuõccihâaid tarbbpõõššjõttum la'skkeemnallšee'm kuul le'jje jännam šuurmõõzz Länsi-Pohja puõccihâiddamvuu'dest. Mäddkââ'dd narood keäppneen da tääll soggneen teädd kuullvaiktee'jab taimmjumša liä šuur.

Käâzzkâ'stemrajjâs keäppsmâttmõš lij jâättmen. Liâdglaz ä'sšeem lij lâssnam. Virtuaal'laž sosiaal- da tiõrvâsvuõttkõõskõs (virtu.fi) lij määngpeällsaž vuâlaž määngaid jee'res taimmjee'jid da täaimid. Čuõvvlaa'nnjõs- da mobiilnee'tt õõtkâsvuu'd kuuitâg liä.

Ooudâsviikkmoõžž almmjallšen linjõssân lij õhttsažuâj õhtteem määngvaaldšemnalla. Määngain ääi'jbui mäddkââ'dd ha'ñkõõzzin liä vikkum ooudâs šiõgg vue'jj da tuâimmjem-maall, koid jeä'la kuuitâg vâlddam kää'tteld âânmmõ'sše. Ämmatoummui vuâžžamvuõdâst liä vää'n, jeä'rben sää'mkiõllsa tuâjjlažkââ'dd beä'lnn.

Koo'ddin vä'ldvasttõs äävhaaid miõltiõrvâsvuõttkääzzkõõzzin

Šuurmõs gâardi miõltiõrvâsvuõttkääzzkõõzz liä serddjam puõccihâiddamvuu'di vasttõ'sse, vuâssas še peäneckäâzzkõõzz. Psykiatria spesiaaldâhttarškooutõõzz, professor, tön määinest ve'rggdâhttar liä jeänab. Hâiddamtuâjjlažkââ'dd škooul'jet õhttsažuâjast pââimõs-škooulivui'm.

Hâiddamkuâlsi õhttsaž da ääi'jtäâss'saž vaaldšem-mall ij leäkku. Ooudâsviikkmoõš lij jä'rjsteei meâldlaž, leša takai täävtõssân lij vuâdtkäâzzkõõzzi pue'rummuš. Ougglõskonsultaatoid koo'ddi tuârijjõssân lij lââ'zztum. Pâärnai- da nuõripsykiaatrâst "varhain-työpari" lij tuâjast vuâdtkäâ'zz da spesiaaltäâ'zz raajjpää'ikest škooulin. Õhttsažuâj čuõvtõskääzzkõõzzivui'm taimmai.

Vue'llga kõddâz käâzzkõõzzin škooulpsykologiakääzzkõõzz liä vânnssânji vuâžžamnalla, leša kuraattorkääzzkõõzz kõskkmeârssa pue'rben. Psykiaatra puõccihoi'ddjee'ji käâzzkõõzz liä ä'lddkääzzkõõssân, da mue'ddest kââ'ddest psykiaatraž poliklini'kke vuâitt oozõõttâd vuõlttõõzztaa. Länsi-Pohja vuu'd kõskkuum hâiddam-mall lij vue'llga kõddâz käâzzkõs, ko'st lij õhtt vooudlaž nâamar käâzzkâ'stemte'lfonvuâ'psteeja.

Vuu'd ämmatnii'kkid tuejjuum kõõjjõõzz va'stee'jin vuâlla kuälmad vuâ'ss õõ'ni miõltiõrvâsvuõd ääv- da spesiaaltäâ'zz käâzzkõõzzid ri'jttjee'jen, leša kuuitâg âlddsin kuei't kuälmad vuâ'zz miõlâst puõžzi pie'sse taarbšeei hoindu ää'jtekanî da peä'l va'stee'jin arvvlõõdi hâiddam- da käâzzkõskuâlsid vuõiggäiggi'sžžen da toi'mmjee'jen.

Miõltiõrvâsvuõtt- da peäneckäâzzkõõzzi ooudâsviikkmoõš kooskain

Veeidas käâzzkâ'stemrajjâs da taimmjummuž muuttâs lij juâtckjam ju'n ee'jji ääi'j. Puõccihâiddamvuu'di vasttõ'sse liä puättam lââ'zz vuâdtkäâ'zz miõltiõrvâsvuõtt- da peänectuâj. Peänečuâl strooi'teljuâkkaz taimmjummuž puu'di Lappi beä'lnn, da tön mâñga pue'tkkeemhâidd lij tuejjuum vuõss-sââ'jest tiõrvâsvuõttkõõskõõzzin.

Cõõggi peänectuâj rajjâs da toi'mmjummuž liä pue'rr täâ'zzest. Miõltiõrvâsvuõd õõudbeä'lnn cõõggi da ääi'jeld aa'ljî kâssjõõttmõõžž täâim arvvlõõdi ri'jttjee'jen pâi juõ'kk neelljad vuu'd ämmatnii'kkid tuejjuum kõõjjõõzz va'stee'jin.

Taimmjemvue'jj di ooudâsviikkmoõš liä juâggas meâldla. Ooudâsviikkmoõžžâst čiiñlmõõvat proseezz da hâiddamkuâlsi beä'lid ääi'jab gu obbvuo'did. Kicčlõõttmõš lij äävhaiddnallšemma da ä'sšnee'kk ââlda âârrai, õõldâsoummuid lokku va'lddi käâzzkõ'sse nu't miõltiõrvâsvuõtt- gu peäneckäâzzkõõzzin.

Psykiatrid ha'ŋk'keet peäneckääzzkõõzzid vuä'stemkääzzkõssân. Håiddamstaan teâuddji kuhttu puõccihåiddamvuu'din nu't päärnai- gu še nuõripsykiatrâst. Tâ'vvsää'mkiõllsaid ha'ŋk'keet kulttuursensitiivlaid da jiiijâskiõllsaž kääzzkõõzzid Taarr Karasjooggâst.

Puärsmam oummui kääzzkõõzzi da tiõrvâsvuõttkääzzkõõzzi integraatio lij ravvnam

Puärsmam oummui kääzzkõõzzi da tiõrvâsvuõttkääzzkõõzzi integraatioo'je liâ luândnallšee'm päi'kk-kâ'dd-da juâggas meâldla jeä'rdõõzz. Vuu'd puärrsituâj jâä'dteei noorâ'tte mie'rrkõõski, seämanalla dommhåaid säimmõs.

Mäddkääddlaž ha'ŋk'kõõzzin lij Lappi beä'lnn puu't'tum tåimmjem-maallid, kiõttkee'rjid, čiõlgtõõzzid da kääzzkâ'stema'rvvõõzzid. Toimiva kotihoito Lappiin – ha'ŋk'kõõzzâst (Toi'mmjeei dommhåidd Lappi beälla) vuâmmšes integraatio lââ'zzteei tåaimid, mâ'te säu'rsmâ'ttemtuâjjlažkââ'dd serddmõš tuärjjeed dommhåaid, da ra'jješ ouddtu'mmjeei jeälõõttmõõžž mall lââ'zzted jeälõõttmõõžž njue'bžželvuõđ. Ha'ŋk'kõõzz puu'deen õõudâs vikkum, õhttsa tåimmjem-maall va'lddeš âânmmõ'sše muttstõõlee'l koo'ddi mie'ldd. Tåimmjemvue'jj kääzzkõõzzi se'rddempõõ'jin vaajtâ'lle, seämanalla pääiklaž kääzzkâ'stemvaalljstõk.

Määngämmatlažvuõđ tarbb lij vuâmmšum vuu'dest, da ouddmiârkkân jeälõõttmõõžž šâ'dde täujja määngämmatlânji õhttsažtuâjast. Še õõut vuõsshoi'ddjeei juâkkaz kiõččlõõddmõõžžâst teä'ddõvi õhttsažtuâjj, jeä'rben dommhåaid da jeälõõttâmjooukin. Dommsäu'rsmâttmõõžž le'jje nu't peä'lest Lappi koo'ddin. Dommhospitaltåimmjummuš lij veiddnam da pirrsutkksaž dâhtarkonsultaatio tuärjjõs tuâjjlažkâdda ravvnam. Sätthåaid da palliatiivlaž håaid lij ooudâs vikkum, da tön uu'det dommhospital pääi'k jâlstemkääzzkõsjuâkksid pie'kkin koo'ddin. Ougglõsteknologio äu'kkummuš lâssni dââma jâlstummuž tuärjjummšest. Sää'm puärrsab oummui taarbid lij vikkum õõudâs kulttuursaž tåimmjem-maallid.

6

Befolkningsfaktorer och allmänna förutsättningar för att ordna tjänster

6.1 Befolkningsfaktorer och sjuklighet

Sjukvårdsdistrikten och kommunerna i området skiljer sig från varandra i fråga om befolkningsmängd och befolkningsstruktur, befolkningens sjuklighet och sociala strukturer samt servicestrukturen och infrastrukturen. Alla dessa faktorer påverkar befolkningens användning av tjänster och kostnaderna för dem. Även långa avstånd påverkar hur man söker sig till och producerar tjänster.

Uleåborgs universitetssjukhus (OYS) specialupptagningsområdet består av sjukvårdsdistrikten Norra Österbotten (29 kommuner), Mellersta Österbotten (10 kommuner) och Lappland (15 kommuner), samkommunen för social- och hälsovård i Kajanaland (8 kommuner) samt samkommunen för Länsi-Pohja social- och hälsovårdstjänster och sjukvårdsdistrikt (6 kommuner). Området har sammanlagt cirka 740 000 invånare. Befolkningsmängden förutspås minska ytterligare särskilt i Kajanaland och Länsi-Pohja. Befolkningstätheten ligger under landets medelvärde; befolkningstätheten är lägst i Lappland, Kajanaland och Länsi-Pohja. Lappland och Norra Österbotten är till ytan de största sjukvårdsdistrikten i landet ([tabell 1](#)).

I Kajanaland är andelen personer över 75 år den tredje största i hela landet och i Norra Österbotten den näst minsta i landet. I övriga delar av specialupptagningsområdena ligger andelen närmare landets genomsnitt, men även i dessa är variationen stor i kommunerna. Nativiteten i Mellersta Österbotten, Länsi-Pohja och Norra Österbotten är störst i landet, men i Lappland och Kajanaland är den lägre än i landet i genomsnitt. I Norra Österbotten och Mellersta Österbotten är andelen personer under 18 år en av de största i landet.

14,5 procent har svenska som modersmål i Mellersta Österbotten och i de övriga områdena i norr pratas det mycket lite svenska. Det finns väldigt få invånare med utländsk bakgrund i hela området.

I Mellersta Österbotten hörde 12 procent av befolkningen till hushåll med låga inkomster och i de övriga områdena i norr var motsvarande andel av

befolkningen 14–15 procent. Andelen svårssysselsatta i åldern 15–64 år var en av de minsta i landet i Mellersta Österbotten, och även ungdomsarbetslösheten var mindre än i landet i genomsnitt. I övriga områden var ungdomsarbetslöshet vanligare än i landet i genomsnitt, och i Länsi-Pohja var den högst i landet.

Sjukligheten hos befolkningen i området var högre än i landet i genomsnitt. Det icke-åldersstandardiserade sjuklighetsindexet varierade från 104 i Mellersta Österbotten till 136 i Länsi-Pohja, som är den näst högsta i landet, och åldersstandardiseringen förändrar inte situationen. Antalet förlorade levnadsår bland personer under 80 år i Kajanaland var näst störst i landet 2017, medan antalet i Mellersta Österbotten var det näst lägsta. Bland personer i åldern 25–64 år fick fler sjuk- och invalidpension än genomsnittet; i Kajanaland var deras andel den största i landet och i Länsi-Pohja den näst största.

6.2 Ordande av tjänster

Inga stora förändringar i organisationen efter 1.1.2019

Den enda förändringen i ordnandet var att man tidigare i ansvarskommunmodellen i två kommuner ordnade hälso- och sjukvårdstjänster och enstaka socialtjänster, men nu också all socialservice. I Uleåborgs universitetssjukhus specialupptagningsområde fanns det flest anordnare av social- och hälsovård (42) i landet: 2 i Kajanaland, 2 i Mellersta Österbotten, 19 i Lappland och 19 i Norra Österbotten. Av områdets 68 kommuner ordnade 29 alla social- och hälsovårdstjänster själva och 4 kommuner ordnade dem enligt ansvarskommunmodellen. 31 kommuner ordnade alla social- och hälsovårdstjänster med samkommunmodellen och 4 kommuner endast hälso- och sjukvårdstjänsterna ([figur 1](#), [tabellbilaga 1](#)).

Organisations- och namnändringen av samkommunen för Länsi-Pohja social- och hälsovårdstjänster och sjukvårdsdistrikt grundar sig på ett nytt grundavtal som trädde i kraft den 1 juni 2019. Den nya förvaltningsstadgan trädde i kraft den 1 januari 2020. Det finns tre resultatområden i stället för fem: resultatom-

Tabell 1. Grundläggande information om området.

	Norra Öster- botten	Kajana- land	Mellersta Öster- botten	Lapp- land	Länsi- Pohja	Hela landet (variationsintervall)
Grundläggande uppgifter om området						
Areal, km ²	45 349	22 687	7 719	91 736	8 634	390 909 (5 708–91 736)
Befolkning 31.12.	410 112	72 306	77 304	116 866	60 295	5 525 292 (40 258–1 685 983)
Befolkningsprognos 2030*	407 713	64 651	74 389	114 376	54 535	5 566 685 (34 428–1 822 810)
Befolkningstäthet, invånare/km ²	11,3	3,6	12,5	1,4	8,7	18,2 (1,4–192,6)
Befolkningens ålders- och familjestruktur samt boende						
Födelsetal (allmänt fruktsamhetstal)*	49,2	40,1	53,6	38,2	49,5	42 (31,7–53,6)
0–17 år, % av befolkningen	23,1	17	22,4	17,5	18,9	19 (14,8–23,1)
75 år och över, % av befolkningen	8,2	12,3	10,2	10,5	11,1	9,5 (7,2–14,5)
Familjer med bara en förälder, % av barnfamiljerna	19,6	21,4	16,7	24,2	22,9	22,9 (15,8–26,2)
Ensamstående bostadslösa som bor utomhus, på natthärbärgen, i provisoriska skydd och på institutioner / 1 000 invånare (2018-)	0,1	0	0	0	0	0,3 (0–0,6)
Befolkningens språkliga struktur						
Svenskspråkig befolkning, % av befolkningen 31.12.	0,2	0,1	14,5	0,2	0,3	5,2 (0,1–49,7)
Personer med utländsk bakgrund totalt / 1 000 invånare	31,1	29,8	30,9	30,2	32,7	76,6 (24–142,5)
Sysselsättning/arbetslöshet och socioekonomisk ställning						
Långtidsarbetslösa, % av de arbetslösa	24,4	20,8	19,4	20,6	20,2	26,3 (13,9–31,2)
Svårssysselsatta (strukturell arbetslöshet), % av 15–64-åringarna	4,1	4,7	3	4,5	5	4,2 (2,8–6,1)
Arbetslösa ungdomar, % av arbetskraften i åldrarna 18–24 år	15	14,2	10,5	11,3	18,7	11,6 (7–18,7)
Ginikoefficient, disponibel inkomst*	26,3	24,1	23,4	24,5	23,8	28,1 (23,4–30,9)
Kommunens allmänna risk för fattigdom*	14,5	14,8	12,5	14,1	14,4	13,1 (10,1–18,5)
Befolkningens sjuklighet						
THL:s sjuklighetsindex, icke-åldersstandardiserat***	118,2	130,5	104,2	116,7	136,1	100 (76,8–136,3)
Förlorade levnadsår (PYLL) i åldrarna 0–80 år / 100 000 invånare**	6 337	7 523	5 536	7 309	6 805	6 321 (5 149–7 720)
25–64-åriga invalidpensionstagare, % av befolkningen i samma ålder	8,5	10,4	7,5	8,8	10,3	6,6 (4,4–10,4)

*2018, **2017, ***2016

rådet för social- och hälsovårdstjänster, stödtjänster samt ekonomi- och förvaltningstjänster.

I Kajanaland minskar antalet resultatområden den 1 januari 2021 när sjukvårdstjänsterna och hälso- och sjukvårdstjänsterna slås samman till resultatområdet hälsa och sjukvård. Hälsovårdstjänsterna för barnfamiljer flyttas dit från familjetjänsterna, vars namn ändras till välfärdstjänster. I Kajanaland förlängde Puolanka kommun avtalsperioden för utkontraktering av sin basservice fram till 31 december 2025.

Social- och hälsovårdsministeriet har beviljat ett tidsbundet tillstånd att fortsätta förlossningsverksamheten vid Lapplands och Kajanalands centralsjukhus fram till den 31 december 2022 och vid Länsi-Pohja centralsjukhus fram till den 31 december 2020.

Ekonomiska anpassningsåtgärder finns i alla sjukvårdsdistrikt

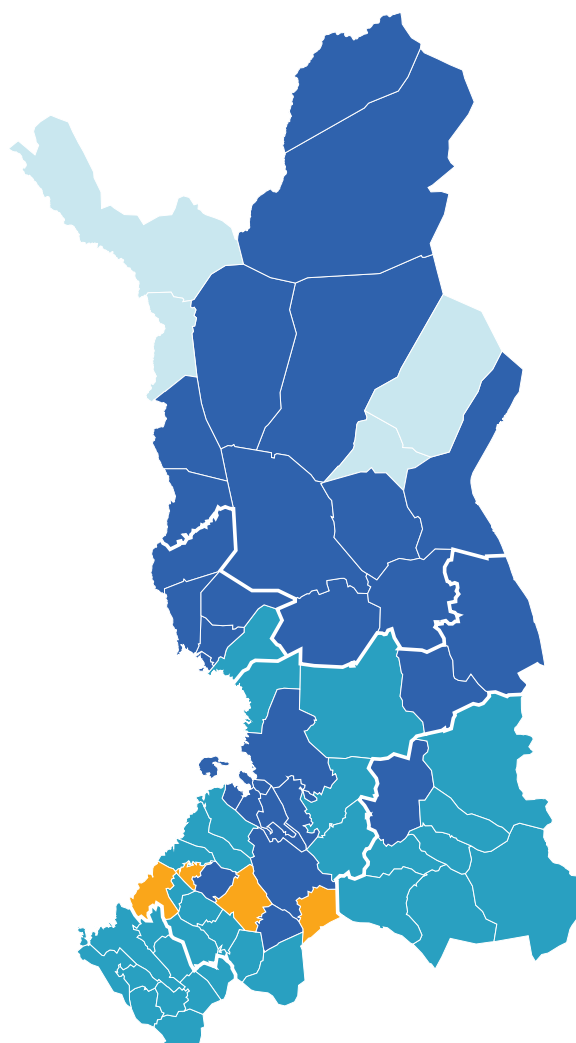
Räkenskapsperiodens resultat för samkommunen för social- och hälsovård i Kajanaland uppvisade ett underskott på 15,2 miljoner euro. Med de åtgärder som inleddes 2019 eftersträvas en besparing på sammanlagt 6,9 miljoner euro. I det nya sjukhusets verksamhet observerades möjligheten att spara cirka 4,1 miljoner euro åren 2020–2021. Målet med samarbetsförfarandet för hela samkommunens personal är att minska kostnaderna med 2,0 miljoner euro.

Bokslutet för Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun uppvisade av bokföringsskäl ett underskott på 8,6 miljoner euro, eftersom överskottet återfördes till kommunerna från samkommunens balansräkning. Samtidigt minskade medlemskommunernas utgifter för social- och hälsovård. Målet med balanseringen av ekonomin var att hitta besparingar på 14 miljoner euro i kostnadsstrukturen, men beslut har hittills inte kunnat fattas.

I Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt inleddes ett program för anpassning av omkostnaderna i slutet av 2019 och sparåtgärderna inriktades på alla kostnadsslag. Överskottet i balansräkningen var 10,6 miljoner euro och räkenskapsperiodens överskott 6,7 miljoner euro.

Produktivitetsprogrammet som godkändes av Lapplands sjukvårdsdistrikt hösten 2018 fortsatte. I budgeten 2020 antecknades ett anpassningsbehov på 4,4 miljoner euro, och de åtgärder som krävdes för detta registrerades som ett anpassningsprogram. Balansräkningen uppvisade ett överskott på 9,1 miljoner euro.

Figur 1. Modeller för anordnande av basservice i kommunerna 2019.



- samkommunen, hela social- och hälsovården
- samkommunen, hälsovården och enskilda socialservice
- samkommunen, endast hälsovården
- ansvarskommunen, hela social- och hälsovården
- ansvarskommunen, hälsovården och enskilda socialservice
- ansvarskommunen, endast hälsovården
- kommunen, hela social- och hälsovården

⬆ På kartan visas uppgifter om modeller för anordnande av basservice i de olika kommunerna i området. Uppgifterna bygger på Kommunförbundets material och klassificering.

Räkenskapsperiodens resultat för samkommunen för Länsi-Pohja social- och hälsovårdstjänster och sjukvårdsdistrikt uppvisade ett underskott på 1,8 miljoner euro, och underskottet som överfördes till nästa räkenskapsperiod var sammanlagt 7,9 miljoner euro. De största överskridningarna utgjordes av avräkningarna till Mehiläinen Länsi-Pohja Oy. För driftsekonomins del bedömer sjukvårdsdistriktet anpassningsåtgärdernas totala inverkan till högst en miljon euro. Dessutom tillkommer försäljning av egendom och avtalsändringar med serviceproducenten, och resten av underskottet kommer att täckas med produktifierade priser. Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:s omsättning 2019 var 69,4 miljoner euro, rörelsevinsten 1,1 miljoner euro och räkenskapsperiodens vinst 0,9 miljoner euro.

De största investeringarna koncentrerades till den specialiserade sjukvården

Målet med reformprojektet OYS 2030 är att förnya verksamheten vid sjukhusen i sjukvårdsdistriktet samt att bygga nya sjukhusfastigheter så att de motsvarar dagens krav och framtida utmaningar. Nybyggandets andel är cirka 900 miljoner euro. I budgeten för 2020 reserverades sammanlagt 145,8 miljoner euro för projekten Framtidens sjukhus. Sjukvårdsdistriktets lånestock var 165,2 miljoner euro den 31 december 2019.

För investeringar i projektet för det nya sjukhuset inom Kajanalands social- och hälsovård har man tagit ett långfristigt lån på 159 miljoner euro, som tas ut enligt kostnaderna 2017–2021. Den 31 december 2019 hade 130 miljoner euro av lånet tagits ut.

Utbyggnaden av Lapplands centralsjukhus sker 2019–2023. Investeringen genomförs med lånade pengar i balansräkningen för samkommunen för Lapplands sjukvårdsdistrikt och den uppskattas uppgå till 138 miljoner euro. Projektets totala anslag för 2019 var 13,5 miljoner euro och reserveringen för 2020 är 30,0 miljoner euro. För nybyggnaden av Psykiatrihuset i samkommunen för Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt har 12 miljoner euro reserverats för 2020.

I Mellersta Österbottens Soite fanns inga betydande investeringar.

Det finns fortfarande problem med tillgången på personal

Till specialupptagningsområdet grundades Norra Finlands andelslag för social- och hälsovård Tervia

och dess dotterbolag Tervia osajat Oy, ett bolag för kompetensdelning. Dessa in-house-bolag har till uppgift att trygga tillgången till läkare, kvaliteten på den specialiserade sjukvården och jourberedskapen i norr. Bland annat centraliseringsförordningen medförde utmaningar för verksamheten, då kraven på antalet enheter som omfattade operationsverksamhet till många delar inte uppfylldes på centralsjukhusen i området. Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt kan delta i fråga om psykiatri och den prehospitla akutsjukvården.

Med hjälp av Tervia osajat Oy:s kompetenspooler med specialistläkare underlättas sjukvårdsdistriktens brist på specialistläkare. Den gemensamma professuren i psykiatri vid Uleåborgs universitet och Lapplands sjukvårdsdistrikt ökade specialistläkarutbildningen i psykiatri och tack vare den finns det fler tjänsteläkare, men det råder fortfarande brist på psykiatriker i hela området. Professuravtalet gäller till utgången av 2020.

Enligt Läkarförbundets utredning hade Kajaland år 2019 landets lägsta antal hälsocentralläkare i förhållande till befolkningen och läkarbristen var den största i landet (31 %). Även i Mellersta Österbotten var läkarbristen betydande (17 %). I Lapplands och Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt var antalet hälsocentralläkare i förhållande till befolkningen det näst och fjärde största i landet och läkarbristen liten. Det anmäldes inget underskott i Länsi-Pohja; området hade landets största andel uppdrag som utkontrakterats (88 %).

Även tillgången till ergo- och talterapeuter, psykologer och särskilt socialarbetare var problematisk på många ställen. Det var svårt att få tag på arbetstagare till tillfälliga vikariat för vårdare. Tillgången på vårdpersonalen var bättre i de stora städerna i området. Det fanns brister i tillgången på social- och hälsovårdspersonal som behärskade samiska.

Teknologi används allt mer

I Kajaland och Mellersta Österbotten användes regionala klient- och patientdatasystem. Distans-tjänsterna, i synnerhet distansmottagningarna, ökade i hela Norra Finland och nya elektroniska tjänster togs i bruk. I Kajaland utvidgades Omasote- och chatt-tjänsterna och ett nytt PSOP-datasystem togs i bruk. I Mellersta Österbotten infördes VideoVisit-tjänsten och läkemedelsrobotar togs i bruk. Lapplands område betjänas av den virtuella social- och hälsocentralen

(Virtu.fi), som ständigt utvecklas; det finns redan 231 olika tjänster¹. I en del av Länsi-Pohja inleddes distansmottagningar, likaså i Oulunkaari och Uleåborg, där man också tog i bruk tjänsten Omaolo.

Hösten 2019 inleddes ett organisationsöverskridande projekt för utveckling av Norra Österbottens ICT för social- och hälsovården, kunskapsbaserad ledning och vård- och servicekedjor. En hörnsten i utvecklingsprojektet för vård- och servicekedjor är

utvecklingen av ett klient- och patientdatasystem för landskapet med utgångspunkt i sjukvårdsdistriktets eget Esko-patientdatasystem. För detta ändamål grundades Esko-Systems Oy, som inledde sin verksamhet i början av 2020. Utvecklingsinnehållet i projektet har integrerats i reformprojektet för social- och hälsovården (POPsoite), som innehåller flera delar om digitala tjänster och ICT-tjänster.

1 Virtu.fi är avsedd för yrkespersoner, medborgare, klienter, tjänsteleverantörer och företagare. Portalen fungerar som en allmän rådgivningskanal för befolkningen och hänvisar klienterna till olika tjänster. Dessutom kan en yrkesperson på ett datasäkert sätt överföra klient- eller patientuppgifter till en annan yrkesperson. Virtu.fi används inom alla kommuners funktionshinderservice och service för personer med intellektuell funktionsnedsättning och delvis inom barnskyddet och hälso- och sjukvården. Dessutom används dataöverföringen vid webb- och videokonsultationer.

7.1 Expertutvärdering

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun (Soite) ordnar servicen i området. Nativiteten är stor, likaså andelen barn. Området har landets jämnaste inkomstfördelning. De svenskspråkiga utgör en stor andel av befolkningen. Sjukligheten är något högre än genomsnittet. Utgifterna för social- och hälsovård i förhållande till behovet var desamma som i landet i genomsnitt. Den specialiserade sjukvårdens andel av hela sektorns utgifter var bland de lägsta i landet.

Den specialiserade sjukvården ansvarar för helheten av mentalvårdstjänster även på basnivå

Antalet personer som fått sjukdagpenning på grund av psykisk ohälsa var stort bland unga och personer i arbetsför ålder; andelarna var bland de största i landet. Mentalvårdstjänsterna för vuxna är en del av den specialiserade sjukvården och statistikförs där, även basservicen. Tjänsterna för barn och unga liksom socialtjänsterna för vuxna, finns i organisationen inom tjänsterna för familjer. Familjerådgivningen har utformats mellan specialnivå och basnivå. Psykologer finns också i skolorna. Servicehelheten för barn och unga är splittrad. Familjerådgivningens hälso- och sjukvårdskompetens har stärkts med stöd av en skolläkare. Ungdomspsykiatri har förts närmare de ungas vardag.

I Soite har man lyckats riva skiljemuren mellan den specialiserade sjukvården och primärvården. Mentalvårdspatienter undersöks, vårdas och rehabiliteras så nära patientens vardag som möjligt. Multiprofessionella team används och den vertikala integrationen fungerar. Klienterna kan kontakta den specialiserade sjukvården direkt.

Elektroniska tjänster erbjuds. På barnrådgivningen används verksamhetsmodellen Voimaperheet (Kraftfamiljer). Det råder brist på specialister; psykiatri- och psykologtjänster skaffas som köpta tjänster. Man har arbetat med vårdkedjan och deltagit i skapandet av en nationell strategi för psykisk hälsa.

Samarbete och utveckling inom tjänsterna för äldre

Vid Soite genomförs både administrativ och operativ integration på alla organisationsnivåer. RAI-systemet används som stöd för kunskapsbaserad ledning. Intensivt samarbete och utveckling av verksamheten sker med flera aktörer. Servicestrukturen har blivit lättare i enlighet med de nationella riktlinjerna, men det är svårare än tidigare att få politiskt stöd för förändringar.

Tjänsterna för äldre omfattar ett brett spektrum av verksamheter och servicehelheten är under kontroll. Ett gemensamt informationsunderlag gör verksamheten smidigare. Den palliativa polikliniken och det geriatriska kompetenscentret ingår också i tjänsterna för äldre. Den operativa integrationen har utökats i enlighet med strategin.

Hemsjukhustjänsterna genomförs i hela området och det finns samarbete mellan hemsjukhuset, hemvården och boendeenheterna även inom palliativ vård och vård i livets slutskede. I arbetet med vårdkedjan har man beaktat övergångsskedena vid övergången från en tjänst till en annan och även beaktat eventuella förebyggande tjänster till exempel för en patient som ska genomgå en åtgärd. I utvecklingen deltog klienter och även anhöriga.

Soites reservpersonal främjar samarbetet och sam användningen av personal. År 2020 inleddes ett pilotprojekt där även annan vård och rehabilitering ges av hemsjukhuset vid avdelningen för allmänmedicin och personalen från vårdavdelningen och hemsjukhuset rör sig flexibelt mellan dessa enheter. På lång sikt kan öppenvårdstjänsterna utvecklas så att de blir mångsidigare och därigenom kan den regionala jämlikheten eventuellt förbättras.

Ett brett urval av metoder svarar på de äldres ökade servicebehov

Antalet äldre ökar fortfarande enligt befolkningsprognosen. Med tanke på bärkraften är tjänsterna dyra. Nettodriftskostnaderna för tjänsterna för äldre var ungefär 25 procent högre än i landet i genomsnitt, och i synnerhet kostnaderna för institutionsvård hade ökat jämfört med året innan.

Den regionala servicehelheten för äldre används, likaså verktyget för RAI-bedömning.

Tillräckliga resurser för de ökade servicebehoven tryggas genom att man förbättrar processerna, utnyttjar personalens kompetens, förutser servicebehovet och inför ny teknik. På Soite finns det en arbetsgrupp för processutveckling. Personalen utbildas och utbildningen stöds. Ny teknik har införts. Distansvården är centraliserad och målet är att ersätta tre procent av hembesöken med tjänsten VideoVisit.

Man satsar på förebyggande åtgärder. Samarbete sker med kommunerna och tredje sektorn. I fråga om seniorboenden görs en kartläggning av byggandet i hela Soite.

Området har i samarbete med ett multiprofessionellt team och beslutsfattarna inlett en utvärdering av servicestrukturreformens preliminära effekter. Avsikten är att utarbeta en flerårig plan och samtidigt beakta utvecklingen av vårdprocesserna samt vård- och servicebehovet för invånarna i området.

Tidvis förekom problem med tillgången till läkarvård och tandläkarvård

Ordandet på landskapsnivå stärker tillgången till tjänster och människornas jämlikhet. Å andra sidan är områdets små hälsostationer sårbara om personalresurserna varierar. Den kommunala variationen i användningen av tjänsterna är avsevärd och tillgången till läkare varierade områdesvis. Därför varierade tillgången till vård även inom området och inte bara enligt tidpunkten.

Det var vanligt att anlita hälsocentralernas tjänster och de privata tjänsterna användes i liten utsträckning, i synnerhet munhälsovården. Var femte person som behövde tandläkarvård upplevde att hen inte fick tillräckligt med tjänster. Det fanns en betydande brist på hälsocentralläkare i området och jämfört med året innan hade situationen försämrats avsevärt. Inom munhälsovården användes köpta tjänster.

Mottagningsverksamheten inom basservicen har utvecklats bland annat genom att man förändrat arbetsfördelningen och utnyttjar alla yrkesgruppers kompetens. Specialistläkare, även specialisttandläkare, har besökt hälsostationerna och ger konsultationer. Avsikten är att utöka ärenden som sköts elektroniskt och på distans. Dessutom tas verksamhetsmodellen Kerralla kuntoon i bruk inom munhälsovården.

7.2 Social- och hälsovårdens finansiering och kostnader

Kommunernas ekonomi har fortsatt sin nedgång

Ekonomi i kommunerna i Mellersta Österbotten (10) fortsatte att försvagas 2019, vilket utgör en utmaning för möjligheterna att finansiera social- och hälsovårdstjänsterna. Räkenskapsperiodens resultat för kommunerna i området uppvisade underskott med undantag för Kronoby. Årsbidraget per invånare som beskriver inkomstfinansieringens tillräcklighet försämrades ytterligare i hälften av kommunerna i området. Halso, Kaustby och Lestijärvi redovisade ett negativt årsbidrag. Endast i Kronoby var årsbidraget tillräckligt för att täcka avskrivningarna.

När vårdreformen genomförs förväntas en höjning av den statliga finansieringsnivån

I finansieringskalkylerna för den pågående vårdreformen ökar statens finansieringsandel i området (5,2 %). Den statliga finansieringen per invånare, med beaktande av främjandet av hälsa och välfärd, skulle öka med 180 euro. Enligt de finansieringskalkyler (10.6.2020) som baserats på kommunernas preliminära bokslutsuppgifter för 2019 och budgetenkäten 2020 uppskattas den kalkylerade utgångsnivån för social- och hälsovårdskostnaderna i Mellersta Österbotten uppgå till 237,7 miljoner euro år 2020.

Kostnaderna för specialiserad sjukvård bland de lägsta i landet

Nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården i kommunerna i Mellersta Österbotten uppgick 2019 till sammanlagt 285,7 miljoner euro (3 696 euro/invånare), och per invånare överskred de medelnivån i landet med cirka sex procent ([figur 2](#)). Nettodriftskostnaderna per invånare ökade med 1,9 procent jämfört med året innan, i hela landet med 4,9 procent. Det förekom stora skillnader i social- och hälsovårdskostnaderna mellan kommunerna i området; från 4 829 euro per invånare i Lestijärvi till 3 547 euro i Kannus.

Den proportionellt sett största delen av social- och hälsovårdens nettodriftskostnader utgjordes av specialiserad sjukvård (34 %), vars andel av de totala kostnaderna minskade med två procentenheter jämfört med året innan och var den tredje lägsta i landet, cirka fyra procentenheter mindre än i landet i genomsnitt.

Kostnaderna i proportion till servicebehoven hos befolkningen i området är genomsnittliga

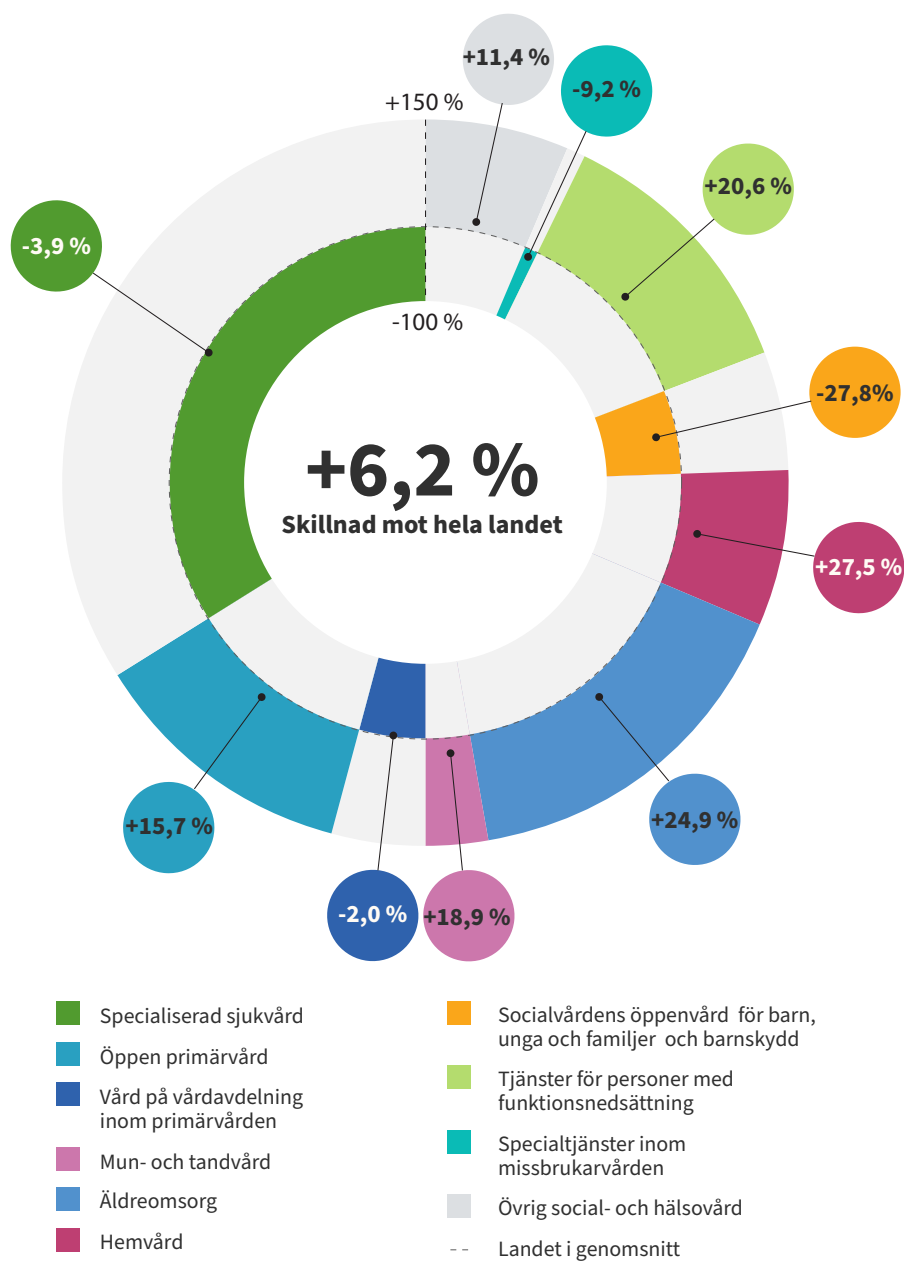
I Mellersta Österbotten är befolkningens servicebehov större än genomsnittet. Enligt de beräkningar som THL uppdaterat år 2020 var servicebehovet, som tar i beaktande befolkningens ålders- och könsstruktur, den socioekonomiska ställningen och sjukligheten, 6 procent större än landets genomsnitt. År 2018 var kostnaderna i proportion till behovet desamma som i landet i genomsnitt. Befolkningens servicebehov i området var som minst två procent lägre (Kaustby) och som störst 43 procent högre (Lestijärvi) än i landet i genomsnitt. Utgifterna i proportion till invånarnas servicebehov var minst i Toholampi, sju procent lägre än genomsnittet.

7.3 Centrala uppföljningsresultat

Till granskningen år 2019 valdes ett begränsat antal kärnindikatorer. De centrala observationerna som gäller Mellersta Österbotten går igenom för varje uppgiftshelhet i servicesystemet. Mer information om de indikatorer som ingick i granskningen finns i slutet av publikationen (se publikationens [metoder och kvalitetsbeskrivning](#), [tabellbilaga 2](#)). Texten nedan lyfter fram dem som tydligast avviker från landets genomsnitt.

I Mellersta Österbotten har experterna på social- och hälsovårdstjänster landets lägsta representation i kommunernas arbetsgrupper för främjande av hälsa och välfärd. Den servicekedja för motionsrådgivning som idrottstjänsterna och social- och hälsovårdstjänsterna tillsammans kom överens om fungerade endast i 14 procent av kommunerna i området, vilket var sämst i landet. Enligt resultaten från TEA-enkäterna hade barnrådgivningen landets tredje lägsta antal barn per barnskötare, medan skolhälsovården hade landets fjärde högsta antal elever per hälsovårdare, vilket dock följde rekommendationerna. Enligt resultaten från TEA-enkäterna var gymnasiernas psyko-logresurser små och grundskolornas de minsta i landet, men grundskolornas kuratorresurser var goda. I Move!-mätningarna av den fysiska funktionsförmågan var andelen som hörde till den svagaste tredjedelen störst i landet bland eleverna i årskurs fem i grundskolan, men den tredje minsta i landet bland åttondeklassarna. Skolelever och studerande i området experimenterade med droger i relativt liten utsträck-

Figur 2. Fördelning av nettodrifstkostnaderna per invånare för social- och hälsovårdsväsendet i distriktet och skillnaden jämfört med genomsnittet i landet 2019.



Figuren visar fördelningen av kostnaderna (euro / invånare) uppgiftsvis. Om områdets utgifter är större än genomsnittet i landet överskrider den uppgiftsvisa delen i figuren genomsnittet i landet, som visas med en streckad linje. Skillnaden jämfört med genomsnittet i landet visas även i procent. Den uppgiftsvisa andelens bredd visar den relativa andelen för alla social- och hälsovårdens nettodrifstkostnader.

ning, gymnasisterna minst i landet. Bland den vuxna befolkningen var antalet förlorade levnadsår på grund av alkoholdödlighet det näst lägsta i landet.

Enligt uppgifter från THL ökade antalet nya klienter inom barnskyddets öppenvård betydligt, men informationen är förknippad med oklarheter: enligt området var antalet klienter oförändrat jämfört med året innan. Enligt området var också informationen till THL om läkarresurserna inom skol- och studerandehälsovården bristfällig och beskriver inte den verkliga dimensioneringen. Många familjer fick hemservice och barnavårdsservice, men få fick familjearbete enligt socialvårdslagen. Andelen barn som besökte fostrings- och familjerådgivningarna var en av landets minsta. Den genomsnittliga väntetiden till ungdomspsykiatri var i slutet av 2019 bland de längsta i landet (27 dygn). Täckningen för barnrådgivningens omfattande hälsoundersökningarna av 4-åringar var bland de lägsta i landet.

Området var näst bäst i landet på att registrera orsaken till läkarbesök inom primärvården. Behandlingsresultaten för tjocktarmscancer hörde till de bästa i landet (2018). I mars 2019 var endast en tredjedel av patienterna tvungna att vänta i över en vecka på att få komma till läkarmottagningen på grund av ett icke-brådskande ärende. Antalet personer som besökt hälsocentralläkarens mottagning mer än tio gånger per år var det tredje minsta i landet av alla som besökte mottagningen.

Vaccinationstäckningen bland barn är högre än i landet i genomsnitt, men influensavaccinationstäckningen bland personer som fyllt 65 år var bland de lägsta i landet. Antalet fall av *Clostridium difficile*-diarré var det största i landet 2018. Antalet hepatit C-infektioner var lägst i landet i proportion till befolkningen.

Antalet besök inom munhälsovården på hälsovårdscentralen var näst störst i landet i förhållande till befolkningen. I oktober 2019 genomfördes ungefär hälften av de icke-brådskande tandläkarbesöken inom primärvården mer än tre veckor efter bedömningen av vårdbehovet. Mindre än 60 procent av eleverna i årskurs 7–9 borstar tänderna minst två gånger per dygn i enlighet med rekommendationerna. DMF-indexet som beskriver antalet kariesangripna, lagade eller avlägsnade tänder var det största i landet bland 12-åringar.

Antalet uppdrag inom den prehospitalka akutsjukvården i förhållande till invånarantalet var större än

genomsnittet. Den prehospitalka akutsjukvårdens genomsnittliga insatstid för uppdrag i angelägenhetsklass A utanför tätorter var den bästa i landet. Antalet öppenvårdsbesök inom den specialiserade somatiska sjukvården ökade klart i åldersgruppen 18 år fyllda och var det fjärde största i landet i förhållande till befolkningen.

Antalet personer som hade rätt till specialersättningsgilla läkemedel på grund av psykos var litet. Fler personer i arbetsför ålder fick sjukdagpenning på grund av psykisk ohälsa än i många andra sjukvårdsdistrikt, och antalet hade ökat. Antalet vårdagar på institution inom psykiatri bland 18–24-åringar var det fjärde största i landet i förhållande till befolkningen i samma ålder, och de ökade klart jämfört med året innan. Även bland 25–64-åringar var antalet fjärde störst i landet. Antalet missbrukarpatienter som vårdades på sjukhusens och hälsocentralernas vårdavdelningar i förhållande till befolkningen var större än i landet i genomsnitt och antalet patienter som vårdades på institutioner inom missbrukarvården var näst störst i landet.

Andelen som fick utkomststöd under lång tid var landets lägsta bland 25–64-åringarna och låg även bland 18–24-åringarna. Aktiveringsgraden bland arbetslösa var den näst högsta i landet och det utbetalade arbetsmarknadsstödet som kommunen delfinansierar var landets tredje minsta räknat per invånare.

Andelen personer över 75 år som vårdades med stöd för närståendevård var bland de största i landet och väldigt många fick regelbunden hemvård 2–3 gånger per dag. RAI-systemet användes mest i landet; servicebehovet har bedömts systematiskt hos mer än var fjärde person som fyllt 75 år.

Antalet klienter inom serviceboende för personer med svår funktionsnedsättning var det fjärde största i landet i proportion till befolkningen. Antalet klienter inom stödboende och styrt boende för personer med intellektuell funktionsnedsättning var det näst lägsta i landet och antalet klienter inom assisterat boende var större än genomsnittet. Andelen personer som fick färdtjänst bland de som fått stödtjänster under året var störst i landet. Antalet långtidsklienter på institutioner för personer med intellektuell funktionsnedsättning i förhållande till befolkningen var bland de lägsta i landet. Antalet klienter som fick personlig assistans under året var det fjärde största i landet i förhållande till befolkningen.

7.4 Tillgång och kvalitet på mentalvårdstjänster på basnivå

Enligt den nationella strategin för psykisk hälsa som utarbetats för åren 2020–2030 och programmet för att förebygga självmord (Vorma m.fl. 2020) har antalet psykiska störningar ökat. På riksnivå beror nästan hälften av sjuk- och invalidpensionerna på psykiska störningar. Även antalet personer som fått sjukdagpenning på grund av psykisk ohälsa har ökat i alla områden (figur 3). Området har deltagit i skapandet av en nationell strategi för psykisk hälsa och fört diskussioner om god praxis på nationell nivå.

Ändringar som gjorts eller planerats i ledning och strukturer för att stärka tillgången till och kvaliteten på tjänsterna

Alla mentalvårdstjänster för vuxna är en del av den specialiserade sjukvården och statistikförs där, även arbete som utförts inom basservicen. Missbrukar-

tjänsterna har integrerats i mentalvårdstjänsterna. Alla tjänster för barn och unga liksom socialtjänsterna för vuxna finns i organisationen inom tjänsterna för familjer. Familjerådgivningen har utformats mellan basnivå och specialnivå, dvs. barn- och ungdomspsykiatri.

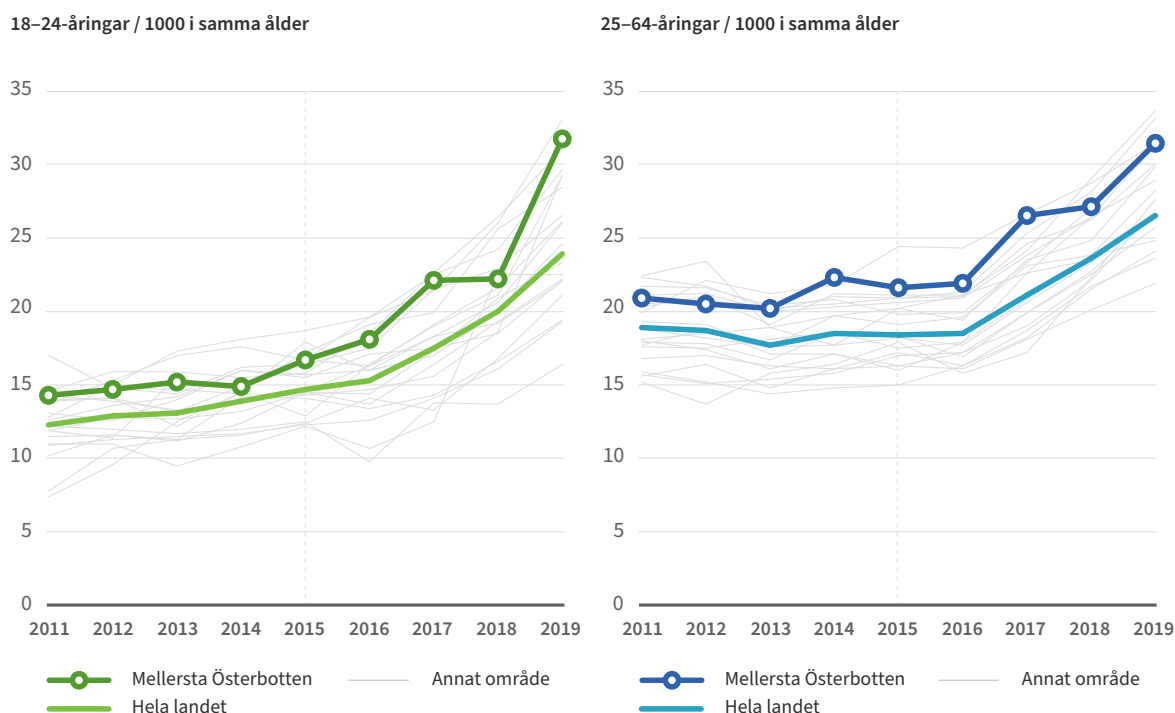
Mentalvårdstjänsterna för äldre och vuxna finns tillgängliga via hälsocentralens mottagning. I en kommun ges psykiatrisjukskötarens tjänster för äldre via tjänsterna för äldre.

År 2020 etablerades ett regionalt servicehändelningsnummer för tjänsterna för barn och familjer, vilket gör det möjligt att ge tillräckligt stöd i rätt tid i ett tidigare skede.

Utvecklingen av integration och kunskapsbaserad ledning för att stärka kvalitet och tillgänglighet

När resurserna för psykisk hälsa överfördes till den specialiserade sjukvården under samkommunens

Figur 3. Andelen som fått sjukdagpenning på grund av mental ohälsa åren 2011–2019.



I figuren framställs hur andelen personer som fått sjukdagpenning på grund av mental ohälsa har utvecklats i områden och hela landet åren 2011–2019 i förhållande till befolkningsmängden. I tolkningen av indikatorn ska man observera områdets sysselsättningssituation. I områden med mycket arbetslöshet finns mindre sjukfrånvaron.

första tid var det till en början oklart vem som ansvarar för patienter på basnivå. Nu har situationen blivit klarare och mentalvårdspatienterna undersöks, vårdas och rehabiliteras så nära patientens vardag som möjligt även inom den specialiserade sjukvården. På hälsostationerna finns multiprofessionella team. Mentalvårdaren rådgjorde regelbundet med läkaren på möten där man funderade på olika behandlingsalternativ för patienterna.

Servicehelheten för barn och unga är splittrad. Det finns egentligen ingen mentalvårdstjänst på basnivå för barn och unga, men det finns tidigt stöd. Familjerådgivningens hälso- och sjukvårdskompetens stärktes med stöd av en skolläkare. Psykologer finns i skolorna och på familjerådgivningen. Ungdomspsykiatri förde den specialiserade sjukvården närmare de ungas livsmiljö, vilket ledde till att vårdköerna försvann. Andelen som fått sjukdagpenning på grund av psykisk ohälsa var den näst största i landet bland unga och en av de största i landet även bland personer i arbetsför ålder.

Säkerställande av tjänsternas rättidighet och kontinuitet

I Soite har man lyckats riva skiljemuren mellan den specialiserade sjukvården och primärvården. Målet har varit en centraliserad bedömning av vårdbehovet som är lättillgänglig för klienterna och att patienten snabbt ska få den hjälp han eller hon behöver, i fråga om tjänster både på basnivå och på specialnivå. Vården kan fortsätta inom basservicen även om den specialiserade sjukvården är med. Klienterna kan också kontakta den specialiserade sjukvården direkt. Psykiska problem var mer sällan än i landet i genomsnitt orsaken till besök hos en läkare inom primärvårdens öppna sjukvård.

Inom tjänsterna för barn och unga samarbetade man med skolkuratorerna och bildningsväsendet. LAPE-samarbetsgruppen sammanträdde och man strävade efter att beakta elevvården i sin helhet. En vakans som mentalvårdare har undantagsvis placerats vid en yrkesläroanstalt och en i Ankuri-teamet. Arbetsgruppen för utveckling av processerna sammanträdde och modellerare utbildades våren 2019.

Utvecklingen av processernas smidighet stöddes också med anslaget för interna projekt, som bland annat gjorde öppenvårdstjänsterna inom ungdoms-

psykiatri smidigare. Dessutom har man de senaste åren arbetat med vårdkedjan för beteendestörningar hos barn och unga för att garantera en fördröjd vård.

För att stärka tillgången och kvaliteten utvecklas personalens kompetens samt övriga resurser

Mellersta Österbotten har brist på psykiatriker; psykiatritjänsterna kan i fortsättningen eventuellt tryggas via norra Finlands gemensamma andelslag. Vården kräver dock en stabilitet som köpta tjänster och andelslaget inte kan garantera. Tre fjärdedelar av psykiatritjänsterna producerades som köpta tjänster, vilket också kan påverka tillgången till evidensbaserade behandlingar.

Även psykologer saknas i viss mån. Skolpsykologtjänsterna användes mindre än i övriga landet, med undantag för yrkesutbildningen där användningen låg på landets medelnivå.

I fråga om psykoterapi har man gett officiellt godkänd intern utbildning och motsvarande extern utbildning har köpts in till studerandehälsovården.

Utnyttjande av teknik

Psykportens tjänster används inom alla mentalvårds- och missbrukartjänster för personer i arbetsför ålder och äldre. På försök fanns det distansgrupper och på distans fick man även psykoterapi hösten 2019, men ingendera av dem finns permanent i tjänsteutbudet. Verksamhetsmodellen Voimaperheet (Kraftfamiljer) används på barnrådgivningen och som pilotprojekt även för barn i skolåldern. I och med coronaepidemin har användningen av distanstjänster ökat.

7.5 Integration av tjänster för äldre och hälso- och sjukvårdstjänster

Tjänsterna för äldre behandlas också i [kapitel 7.6](#) (Tillgången till tjänster för äldre och tjänsternas tillräcklighet i relation till servicebehovet samt åtgärder för att utveckla tjänster som stödjer boende hemma).

Befolkningens åldrande ökar efterfrågan på offentligt finansierade social- och hälsovårdstjänster. Behovet av tjänster för äldre ökar särskilt hos personer som fyllt 75 år, som under de kommande åren kommer att växa i antal i alla områden ([figur 4](#)).

Organisationsstrukturer och ledningssystem stöder integrationen av tjänster för äldre och hälso- och sjukvårdstjänster

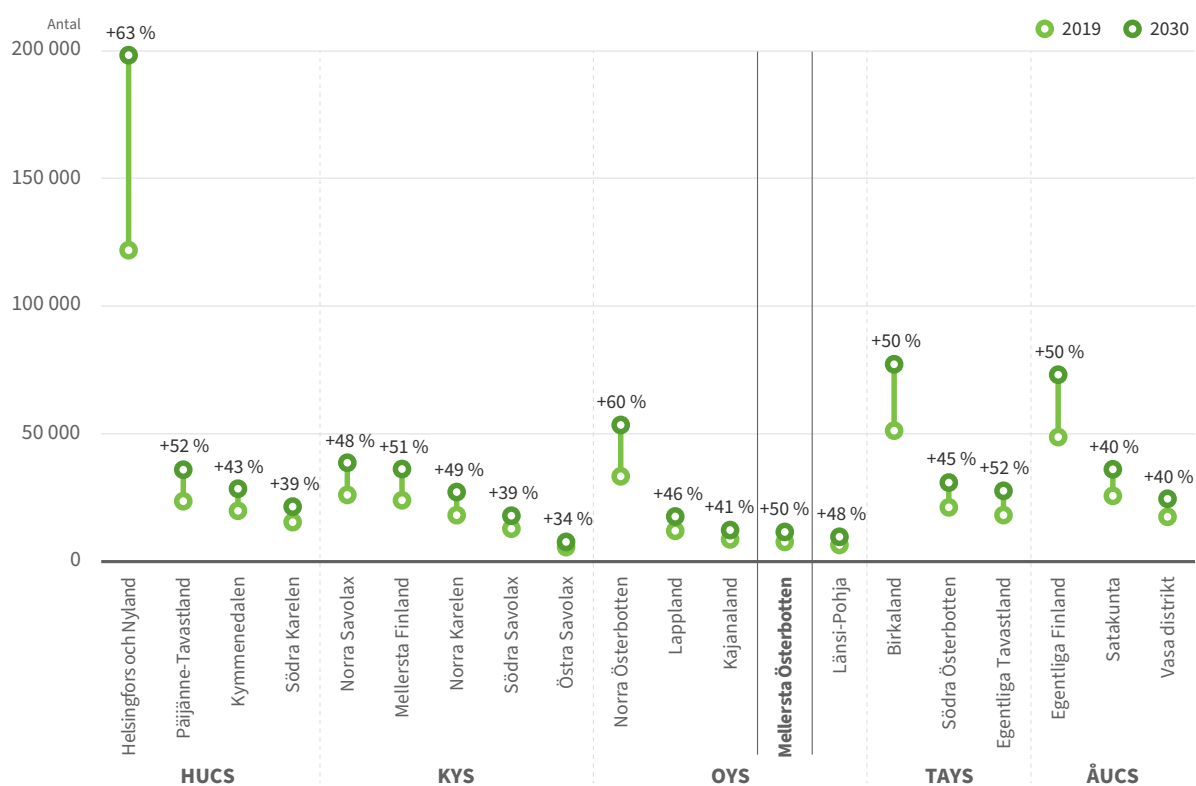
En integrerad organisation möjliggör både administrativ och operativ integration på alla organisationsnivåer. Geriatriken hör till ledningsgruppen för vården och omsorgen. Ett nära samarbete och utveckling av verksamheten sker mellan tjänsterna för äldre samt funktionshindersservicen, rehabiliteringstjänsterna och hälso- och sjukvårdstjänsterna. Enligt iakttagelser från tillsynen finns det behov av att utveckla egenkontrollen. Dessutom fanns det till exempel ett behov av att stärka ledarskapet i några privata enheter för serviceboende med heldygnssorg.

Tack vare avvecklingen av den långvariga avdelningsvården har personalresurserna kunnat flyttas till andra tjänster för äldre. Men 2019 fick man på många ställen inte politiskt stöd för att ändra de lokala vårdavdelningarna så att en del av vårdplatserna var

platser inom allmänmedicin och att personalresurserna för 12 platser riktades till tjänster som ordnas i hemmet. Soites reservpersonal, dvs. resurscentralen, främjar samarbetet och sam användningen av personal. Dessutom kan avdelningarna i små kommuner vid behov låna ut en arbetstagare till hemvården eller boendeservicen. Möjligheten till arbetsrotation i en integrerad organisation är också god.

År 2020 inleddes ett pilotprojekt där personalen på vårdavdelningen och hemsjukhuset rör sig flexibelt mellan enheterna och vårdavdelningsplatserna kan minskas flexibelt (1–4 platser). Hemsjukhuset vid avdelningen för allmänmedicin kan också ge annan vård och rehabilitering med målet att få en så smidig och enhetlig vårdväg som möjligt. På lång sikt kan öppenvårdstjänsterna utvecklas så att de blir mångsidigare och därigenom kan även den regionala jämlikheten förbättras.

Figur 4. Prognos på utvecklingen av 75 år gamla och äldre per område.



I figuren visas hur antalet 75 år gamla och äldre förutses ändras mellan 2019 och 2030. Ändringen anges i procent. Uppgifterna baserar sig på Statistikcentralens befolkningsprognos från år 2018.

Hälso- och sjukvårdstjänster inom hemvård och serviceboende med heldygnsomsorg

Enligt tillsynsmyndigheten behöver klienter vid boendeserviceenheter med heldygnsomsorg allt mer vård. Täckningen av de hälso- och sjukvårdstjänster som stöder hemvård och serviceboende med heldygnsomsorg är god i området. Det finns ingen akutvårdsenhet med en vårdare, men ansvarsläkartjänsten är tillgänglig dygnet runt. Ansvarsläkartjänsterna inleds med ett omfattande kartläggningsbesök. Hemsjukhustjänsterna genomförs i hela Soite och hemsjukhuset samarbetar med hemvården och boendeenheterna även inom palliativ vård och vård i livets slutskede. Den palliativa polikliniken och det geriatriska kompetenscentret ingår också i tjänsterna för äldre; den senare är koncentrerad på minnessjukdomar.

Tjänsternas nivåstrukturering samt informationsutbytet mellan tjänsterna för äldre, den specialiserade sjukvården och primärvården

En integrerad organisation möjliggör nivåstrukturering av tjänsterna och informationsutbyte mellan tjänsterna, men det är fortfarande problematiskt hur man ska göra informationen synlig på ett smidigt sätt i det vardagliga arbetet när informationssystemen förändras i och med ändrade krav i lagstiftningen. De enhetliga vårdkedjorna syns i verksamheten så att de förebyggande tjänsterna ges patienten redan före ett ingrepp inom den specialiserade sjukvården och utskrivningen görs i samarbete med olika vårdinstanser med beaktande av klientens behov. Sjukhuset har skötare som koordinerar utskrivningen och hemvårdens bedömningsteam tar emot patienten vid behov. Ett gemensamt informationsunderlag för tjänsterna för äldre och hälso- och sjukvårdstjänsterna har utvecklats under Soites tid, vilket främjar både vårdbeslut och kunskapsbaserad ledning.

Multiprofessionellt samarbete mellan tjänsterna för äldre och hälso- och sjukvårdstjänsterna

Den operativa integrationen har utökats i enlighet med strategin; multiprofessionellt arbete utförs bland annat inom klienthandledningen, hemvårdens bedömningar och effektiviserad rehabilitering i hemmet. Systematiska bedömningar av näringstillståndet och läkemedelsbehandlingen genomförs inom serviceboende med heldygnsomsorg, hemvården och boendeservicen. För personer som får närståendevård görs undersökningar av hälsan och välbefinnandet.

Tjänsterna för äldre verkar fungera. Antalet jourbesök inom den specialiserade sjukvården har minskat mellan 2018 och 2019, liksom i hela landet, och i proportion till befolkningen i samma ålder var antalet besök färre än i landet i genomsnitt. År 2018 gjordes färre jourbesök inom primärvården än i landet i genomsnitt. Antalet vårddygn på vårdavdelning inom primärvården har minskat de senaste åren, precis som i landet i allmänhet. Drygt en tredjedel av klienterna inom hemvården inledde en vårdperiod på sjukhus som jour 2018; andelen är något mindre än i landet i genomsnitt. Bland de äldre låg antalet vårddygn på vårdavdelning inom den specialiserade somatiska sjukvården på landets medelnivå.

7.6 Tillgången till tjänster för äldre och tjänsternas tillräcklighet i relation till servicebehovet samt åtgärder för att utveckla tjänster som stödjer boende hemma

Tjänsterna för äldre behandlas också i [kapitel 7.5](#) (Integration av tjänster för äldre och hälsovårdstjänster).

Andelen äldre har ökat i området och enligt befolkningsprognosen ökar andelen ytterligare ([figur 4](#)). Med tanke på bärkraften är tjänsterna dyra. Nettodriftskostnaderna för tjänsterna för äldre var ungefär 25 procent högre än i landet i genomsnitt, och i synnerhet kostnaderna för institutionsvård hade ökat jämfört med året innan. Samarbetet kring uppdateringen av tjänsterna för äldre hade inletts mellan kommunerna redan tidigare, men i och med att samkommunen Soite inledde sin verksamhet 2017 infördes en regional servicehelhet för äldre, RAI-indikatorer i hela landskapet, och kriterierna för alla tjänster uppdaterades. RAI-bedömningen främjar förverkligandet av enhetliga servicekriterier och därigenom en jämlik tillgång till tjänster. Utifrån tillsynsobservationerna finns det dock en oro för om alla äldre personer får tillräcklig service i kommunernas allt stramare ekonomiska situation eller om klienten själv måste skaffa till exempel stödtjänster.

Ett brett urval av metoder svarar på det ökade servicebehovet

Tillräckliga resurser för de ökade servicebehoven tryggas genom att man förbättrar processerna, utnyttjar

personalens kompetens, förutser servicebehovet och inför ny teknik. I Soite finns en arbetsgrupp för processutveckling, och 2019 utvecklades processerna för rehabiliterande dagverksamhet för äldre och processerna i vårdkedjan för obotligt sjuka. I dem beskrevs sömlösa och integrerade service- och vårdkedjor enligt klientgruppernas servicebehov tillsammans med klienterna.

Ny teknik, såsom infusionspumpar, läkemedelsdosserare, centraliserade distansbesök inom hemvården, elektronisk anamnesblankett och lokaliseringstrygghetstelefon, möjliggör en effektivare allokering av personalresurserna. Tjänsten Omaolo har utvecklats och verksamhetsmodellen Kontrollera säkerheten i hemmet har förankrats i hela området. De regionala närstående- och familjevårdscentren stödjer möjligheterna att klara sig hemma och dessa utvecklas ytterligare. Likaså utvecklas verksamheten OmaSoite för äldre, som är tänkt att integreras i servicehelheten. Förebyggande arbete upplevs som viktigt och i området finns det kamrathandledare för äldre, gym- och e-seniorverksamhet samt hälsostationer för äldre. Samarbete sker med kommunerna och tredje sektorn. Det skulle vara vanligare att söka sig till förebyggande hälso- och sjukvårdstjänster.

Stärkande av öppenvården som strategiskt mål

I enlighet med strategin har servicestrukturen blivit lättare och öppenvården stärkts. 92 procent av alla personer över 75 år bodde hemma 2019. För att öka andelen har det lagts fram förslag om förändringar av servicestrukturen som stärker öppenvården ytterligare. Som utvecklingsarbete för ordnandet av boende och service gjordes ett format för seniorboende. I enlighet med verksamhetsplanen kartläggs byggandet av seniorboenden i hela Soite år 2020. Andelen personer över 75 år och över 85 år som fick stöd för närståendevård var den tredje största i landet (7,6 % och 10,5 %).

Var tionde person över 75 år omfattades av regelbunden hemvård 2018. Av dem besöktes drygt en fjärdedel 2–3 gånger per dag, vilket var den näst största andelen i landet, och var sjätte person fick mer än tre besök per dag. Hemvårdens kompetens och teamarbete har stärkts och numera arbetar en sjukskötare i varje hemvårdsteam. Den klientorienterade rehabiliteringen i hemmet har utvecklats genom att utveck-

laren av enheten för intensifierad rehabilitering har deltagit i hembesöken. Dessutom gick någon i varje hemvårdsteam den nationella utbildningen om rehabilitering i hemmet. Distansvården är centraliserad och målet är att ersätta tre procent av hembesöken med tjänsten VideoVisit. I den ansvariga läkarens distanstjänster kan även anhöriga vara med på distans, vilket har fått positiv respons.

Servicestrukturen i bedömningen av preliminära effekter

Tillgången till personal har försämrats och trycket ökar på grund av den åldrande befolkningen och den kommande höjningen av dimensioneringen av vårdare. Personalresurserna stärks genom ökad kompetens och mångsidig utbildning. Som läroavtalsutbildning har man till exempel genomfört specialiseringsstudier inom äldreomsorg. Dessutom har flera genomgått Tunteva-utbildningen och en utbildning om bemötande och vård av minnessjuka pågår.

I informationsunderlaget för området granskas användningen av tjänster enligt klientgrupp, till exempel före och efter att klienten har hamnat på serviceboende med heldygnsomsorg. Målet med processanalysen är att ge experterna grundläggande information om vilka nyckelfaktorer som bör uppmärksammas extra – till exempel information som förutspår att klienten kommer att behöva tyngre tjänster.

Området har i samarbete med ett multiprofessionellt team och beslutsfattarna inlett en utvärdering av servicestrukturens preliminära effekter. Avsikten är att utarbeta en flerårig plan och samtidigt beakta utvecklingen av vårdprocesserna samt vård- och servicebehovet för invånarna i området.

7.7 Tillgången till basservice: Primärvård och munhälsovård

Tjänsterna i området produceras nästan helt och hållet som offentliga tjänster. Ordnandet på landskapsnivå möjliggör tillgången till tjänster och likabehandling av människor bättre än ett decentraliserat system. Små hälsostationer i området är sårbara om personalresurserna varierar och till exempel sjukfrånvaro kan snabbt försämra tillgången till vård på en enskild hälsostation.

Offentliga tjänster användes rikligt inom munhälsovården

Klienterna var nöjda med att mottagningstjänsterna på hälsostationen genomfördes inom rimlig tid 2018. Av dem som behövde vård ansåg dock var nionde att hen inte fick tillräckligt med mottagningstjänster av sjukskötare och var sjätte av läkare. I fråga om munhälsovården avvek klientnöjdheten inte från övriga landet, men var femte som behövde tandläkarvård upplevde att hen inte fick tillräckligt med tjänster.

I området var det vanligt att anlita hälsocentralernas tjänster, medan privata tjänster användes i liten utsträckning, i synnerhet inom munhälsovården. I proportion till befolkningen var antalet besök inom munhälsovården på hälsovårdscentralen det näst största i landet. Antalet besök hos tandläkare och munhygienister inom den privata tandvården som ersätts av FPA var klart färre bland vuxna i proportion till befolkningen i samma ålder än i landet i genomsnitt, men detta varierade mellan kommunerna.

Enligt Läkarförbundets utredning försämrades läkarsituationen på hälsocentralerna avsevärt från 2018 till 2019, och i oktober 2019 var läkarbristen 17 procent. Utkontrakteringar och köpta tjänster utgjorde drygt en tiondel av hälsocentralläkaruppgifterna. Inom munhälsovården användes köpta tjänster.

Tillgången till personal och efterfrågan på tjänster påverkar tillgången till vård

På grund av mottagningsverksamhetens knappa resurser förekom det problem med tillgången till icke-brådskande vård i hela Soite. I oktober 2019 var ändå bara en tredjedel av patienterna tvungna att vänta i över en vecka på att få komma till läkarmottagningen på grund av ett icke-brådskande ärende. I mars 2020 var situationen sämre, men bättre än i landet i genomsnitt. Vårdgarantin uppfylldes.

I oktober 2019 genomfördes hälften av de icke-brådskande tandläkarbesöken inom primärvården mer än tre veckor efter att vårdbehovet bedömts. Året innan var andelen densamma. I mars 2020 var andelen mindre än i landet i genomsnitt. Tillgången till icke-brådskande tider varierar och väntetiden är tidvis lång.

Den bästa läkarsituationen och tillgången till vård fanns i området kring Lestijoki, som fick åtgärda läkarbristen i andra områden. Tillgången varierar under olika tidsperioder beroende på efterfrågan på tjänster och läkarnas tillgänglighet. Dessutom varierar till-

gången inom området. Invånarna har dock möjlighet att få vård på alla hälsostationer i området.

Användningen av tjänsterna har minskat och mindre än hälften av invånarna i området besökte den öppna sjukvården, men variationen mellan kommunerna var stor (39–70 %). Få personer besökte en hälsocentralläkare mer än tio gånger per år. Antalet vuxna klienter som hade över fem tandläkarbesök per år var inte avvikande och antalet var klart färre än 2017.

Liksom i hela landet genomfördes drygt en femtedel av besöken inom primärvårdens öppenvård elektroniskt.

Multiprofessionellt stöd har lagts till basservicen

Digitala tjänster har tagits i bruk i olika takt. I Karleby tog man i bruk meddelanden i egenvårdstjänsten (Omahoito). Distansmottagningar har testats. Användningen av Symtomhjälpen avslutades eftersom den inte var kostnadseffektiv. Inom munhälsovården finns det en elektronisk tidsbokning för barn i rådgivningsåldern.

Akutmottagningen har utvecklats och väntetiderna har förkortats även vid icke-brådskande tidsbokning. Direktmottagningar för fysioterapeuter inleddes och har utökats. Specialistläkarkonsultationerna fungerar och läkare inom många specialiteter besökte hälsostationerna. Man har övervägt att utvidga farmaceuternas stöd för utvärdering av läkemedelsbehandlingen av multimedicinerade patienter från sjukhustjänster till primärvården.

Specialisttandläkaren besökte primärvården och primärvårdens läkare har besökt den specialiserade sjukvården till exempel för att bekanta sig med sömnapnébehandling.

Det råder brist på yrkeskunniga personer, så dessa skaffades som köpta tjänster. Tillgången till personal försämrades av det långa avståndet till universitetssjukhusen. Rekrytering av personal gjordes traditionellt, men man köpte också rekryteringstjänst. I projektet Framtidens social- och hälsocentral fortsätter utvecklingen av mottagningsverksamheten, den elektroniska ärendehantering och kontakten på distans. Inom munhälsovården pågår en omfattande utveckling: ibruktage av verksamhetsmodellen Kerralla kuntoon och förändring av arbetsfördelningen mellan tandläkare och munhygienister.

Menetelmät ja laatuseloste

Arvioinnin tietopohja

Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiantuntija-arvio perustuu sekä määrälliseen tietoon että laadulliseen aineistoon. Vuoden 2019 arvioinnissa on keskitytty seuraamaan, mitä muutoksia ja kehittämistoimia alueilla on tehty vuoden 2018 palvelujen arvioinnin jälkeen palvelujen järjestämisessä ja niissä palvelukokonaisuuksissa, joissa alueilla on erityisiä muutostarpeita. Arvioinnin keskeisenä tietolähteenä ovat alueiden edustajien kanssa keväällä käydyt keskustelut kansallisista ja alueellisista seurantateemoista. Keskusteluissa esiin nousseita näkökohtia on taustoitettu käyttämällä dokumenttiaineistoa järjestäjätahojen hallinnosta, toimintatavoista, suunnitelmista ja päätöksistä.

Vuoden 2019 arvioinnissa palvelujärjestelmää on tarkasteltu laajaa mittaristoa suppeammin, ydinindikaattoreilla. Ydinindikaattoreiksi on valittu tehtäväkokonaisuuksittain viidestä kymmeneen indikaattoria, ja valinnassa on hyödynnetty THL:n asiantuntijoiden osaamista. Suurin osa valituista indikaattoreista kuuluu kansalliseen kustannusvaikuttavuusmittaristoon (KUVA).

Arviointia on syvennetty lisäksi käyttämällä aluehallintovirastojen valvontahavaintoraportteja sekä muita kansallisten viranomaisten laskelmia ja selvityksiä.

Kansallinen kustannusvaikuttavuusmittaristo ja Tietoikkuna

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo muodostaa arvioinnin määrällisen tietopohjan. KUVA-mittaristo on sosiaali- ja terveysministeriön sekä laajan asiantuntijajoukon yhteistyönä muodostama noin 540 indikaattorin kokoelma (Hämäläinen ym. 2019). Kokoelmasta tuotannossa on noin 450 indikaattoria. Noin 90 indikaattorin muodostaminen on kesken tai mahdollista vasta tiedonkeruun kehittymisen myötä. Mittariston ylläpitämisestä ja kehittämisestä vastaa ministeriön asettama vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmä (KUVA-ryhmä), joka koostuu ohjauksen, arvioinnin ja tilastoinnin asiantuntijoista sekä alueiden edustajista. Mittariston teknisestä tuottamisesta vastaa THL.

Tavoitteena on, että arvioinnissa käytetyt indikaattoritiedot ovat luotettavia ja ajantasaisia. Kustannusvaikuttavuusmittariston tietojen ajantasaisuutta seurataan THL:ssä ajantasaisuusmittarin avulla. Syyskuussa 2020 noin 60 prosenttia indikaattorien tiedoista oli vuodelta 2019 tai 2020. Arviointi kohdistuu vuoteen 2019, joten tavoitteena on käyttää mahdollisimman paljon vuoden 2019 tietoa. Vuosittain päivittyvien indikaattorien viivästymisen johtuu usein tietojen toimitusvaikeuksista. Useimmat kyselyaineistoihin perustuvat indikaattorit päivittyvät joka toinen vuosi.

Kustannusvaikuttavuusmittariston kaikki indikaattoriarvot esitetään tätä varten kehitetyssä käyttöliittymässä, Tietoikkunassa (Parhiala ym. 2020). Tietoikkuna poimii tilastopalvelu- ja indikaattoripankki Sotkanetistä kustannusvaikuttavuusmittaristoon kuuluvat indikaattorit sairaanhoitopiirialueittain ja kunnittain.

Yhdenmukaisen tarkastelun vuoksi arvioinnissa käytettävien indikaattorien päivittyminen on keskeytetty 7.9.2020. Arvioinnissa hyödynnetään niitä tietoja, jotka olivat käytettävissä mainittuna päivämääränä. Myös Tietoikkunan näkymä on jäädytetty näyttämään nämä tiedot. Indikaattoreihin tehdyt korjaukset kuitenkin muuttavat Tietoikkunassa olevia arvoja, mikäli ne kohdistuvat esitettävän vuoden tietoihin. THL:n tilastopalveluun, Sotkanetiin (sotkanet.fi) indikaattorit päivittyvät normaalisti. Arvioinnin tietopohjan ja Tietoikkunan jäädytys puretaan, kun sosiaali- ja terveysministeriön ja alueiden välinen neuvottelukierros on saatu päätökseen.

Tietopohjan avoimuus ja saatavuus

Arviointi perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Koska kaikki ydinindikaattorit eivät ole KUVA-indikaattoreita, ydinindikaattorit on julkaistu liitetaulukkona. Taulukko sisältää yliopistosairaaloiden erityisvastuualueen arvot sekä koko maan arvon ja sairaanhoitopiirialueiden arvojen vaihteluvälin. Lisäksi taulukkoon on lisätty tehtäväkokonaisuuden indikaattorien tulkintaan liittyviä rajoituksia sekä lisätietoja niiden indikaattorien sijainnista, jotka eivät ole saatavissa Tietoikkunasta tai Sotkanetistä.

Arvioinnissa käytetyn laadullisen dokumenttiaineiston tiedot löytyvät lähdeluettelosta. Valvontahavaintoraportit ovat julkisesti saatavilla arviointiyksiköstä pyynnöstä.

Muusta tietopohjasta poiketen alueiden kanssa käydyt keskustelut ja niiden aineistot eivät ole julkisia. Yhteisten keskustelujen kautta alueiden edustajat ovat osallistuneet arviointiin, ja heillä on ollut myös mahdollisuus kommentoida valmistuvia arviointitekstejä.

Tietojen laatu ja käynnissä oleva kehittämistyö

Vuoden 2019 indikaattoritiedoissa on havaittu useita laatupuutoksia. Ydinindikaattorit, joissa puutteita on havaittu, on merkitty liitetaulukkoon. Jos laatupuute on merkittävä, indikaattorin tietoa ei ole käytetty alueen arvioinnissa. Tämä on rajoittanut tietojen hyödyntämismahdollisuuksia osassa alueita.

Kyselytutkimuksissa vastausten kattavuudessa on aluekohtaisia rajoitteita. Sosiaalipalvelujen toimintatilaston luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka täsmällisiä tietoja sinne on toimitettu, sekä kuntien vastausaktiivisuus; suurten kuntien toimintatietojen jättäminen ilmoittamatta vaikuttaa mittarien väestösuhteutettuihin lukuihin ja vääristää alueiden välistä vertailua. Hoitoilmoitusjärjestelmän kolmen rekisterin (sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri ja perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri eli Avohilmo) tietojen laatu ja kattavuus vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin ja alueittain. Laatupuutokset johtuvat sekä tietojen toimittamiseen että vastaanottoon liittyvistä vaikeuksista.

Laadukas tieto on sote-toimijoiden yhteinen tavoite. Tiedolla johtamista kehitetään ja tiedon tuotantoa uudistetaan voimakkaasti lähivuosina sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämässä ohjelmassa *Tiedolla johtaminen päätöksenteon ja palvelujen kehittämisen tukena* (Toivo-ohjelma). Osana ohjelmaa myös Tietoikkunaa uudistetaan ja KUVA-indikaattorien tietosisältöjen ja laadun raportointia kehitetään.

Lisätietoa arvioinnista ja tietopohjasta: thl.fi/arviointi.

Käynnissä oleva kehittäminen (Toivo-ohjelma): <https://soteuudistus.fi/tiedolla-johtaminen>

Indikaattoriarvot Tietoikkunassa: thl.fi/tietoikkuna.

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet: sotkanet.fi.

Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto

Arvioinnissa käytetyn indikaattoritiedon käyttöliittymä Tietoikkuna
www.thl.fi/tietoikkuna

Lähdeluettelo

Kansalliset lähteet

- Hämäläinen, P., Kovasin, M. & Räikkönen, O. (2019) Ehdotukset sote-ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:33. [Verkkolähde](#) [luettu 8.10.2020].
- Kuntaliitto (2019) Sosiaali- ja terveydenhuollon ns. kokonaisulkoistukset. [Verkkolähde](#) [luettu 8.10.2020].
- Kuntaliitto (2020) Kuntien taloudellisia tunnuslukuja -taulukot. [Verkkolähde](#) [luettu 8.10.2020].
- Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2019 -taulukot. [Verkkolähde](#) [luettu 8.10.2020].
- Parhiala, K., Suomela, T., Pekurinen, V., Peränen, N., Mäkinen, S. & Ketola E. (2020) Tiedon käyttö palvelujärjestelmän arvioinnissa: THL:n arviointitoiminto ja Tietoikkuna. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, työpäperi 25/2020. [Verkkolähde](#) [luettu 8.10.2020].
- Teaviisari -tilastopalvelu. www.teaviisari.fi
- THL. Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa. [Verkkolähde](#) [luettu 8.10.2020].
- THL. Tarvevakioidut menot. [Verkkolähde](#) [luettu 8.10.2020].
- THL. Vanhuspalvelujen tila. [Verkkolähde](#) [luettu 8.10.2020].
- Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. www.sotkanet.fi
- Valtioneuvosto (2020) Kuntien ja sote-maakuntien rahoituslaskelmat. [Verkkolähde](#) [luettu 8.10.2020].
- Valtiovarainministeriö (2020) Manner-Suomen kuntakonsernien, kuntien ja kuntayhtymien ennakkolliset tilinpäätökset vuonna 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 8.10.2020].
- Valtiovarainministeriö (2020) Sote-maakuntien rahoitus. [Verkkolähde](#) [luettu 8.10.2020].
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. (2020) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. [Verkkolähde](#) [luettu 8.10.2020].

Alueelliset lähteet

Erityisvastuualue

- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (2019) Talousarvio 2020 ja taloussuunnitelma 2021–2023. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (2020) Vuosikertomus 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].
- Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite (2020) Tilinpäätöskertomus 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].
- Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite (2019) Toiminta- ja taloussuunnitelma 2020–2022. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].
- Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2020) Muutettu toiminta- ja taloussuunnitelma 2020–2022, Talousarvio 2020. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].
- Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2020) Tilinpäätös ja toimintakertomus 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Lääkäriliitto (2020) Terveyskeskusten lääkäritilanne 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Mehiläinen Länsi-Pohja Oy (2017) Palvelusopimus. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Mehiläinen Länsi-Pohja Oy (2020) Vuosikertomus 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Oulun kaupunki (2020) Toimintakertomus ja tilinpäätös 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Oulunkaaren kuntayhtymä (2020) Tilinpäätös 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Parviainen, S., Sakaranaho, P., Haapakorva-Kallio, M. & Horsma, T. (2017) Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämissuunnitelma 2018–2025. Länsi-Pohjan sote -projekti. [Verkkolähde](#) [luettu 7.10.2020].

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2020) Strategia 2020. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2020) Vuoden 2019 tilinpäätös. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Puolangan kunta. Kunnanhallituksen pöytäkirja 31.1.2020. [Verkkolähde](#) [luettu 7.10.2020].

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä (2020) Tilinpäätös 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Helmi. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Pohjois-Pohjanmaa

Aluehallintovirasto (2020) Pohjois-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Pohjois-Pohjanmaan maakunnan ja sairaanhoitopiirin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta vuonna 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Kipinä, M., Olli, S.-L., Patanen, J., Pimper-Koivisto, L. & Vuorinen, A. (2019) Popmaakunta, SOTE esivalmisteluvaiheen loppuraportti 15.5.2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Syrjä V., Parviainen L. & Niemi A. (2019) Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. Tutkimuksesta tiiviisti 51, 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Kainuu

Aluehallintovirasto (2020) Pohjois-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Kainuun maakunnan ja sairaanhoitopiirin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta vuonna 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (2017) Lapset ensin, Kainuun lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2017–2021. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (2018) Terveidenhuollon järjestämissuunnitelma 2017–2020. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (2020) Kiireettömään hoitoon pääsyn toteutuminen terveysasemilla. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

KPMG (2019) Kainuun sote kestäväälle pohjalle –arviointi, KPMG loppuraportti. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Pentti, J., Välikangas, E., Uotinen, P., Alanne, P.-M., Kinanen, T.-M., Natunen, K., Pekkanen, J., Sarpola, E., Valkonen, M., Nylander, O., Pikkarainen, M. & Stigell, P. (2019) Tietojohtamisen pilotti SoteDigi Oy – Kainuun sote loppuraportti. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Puolangan kunta (2020) Arviointikertomus 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Syrjä V., Parviainen L. & Niemi A. (2019) Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. Tutkimuksesta tiiviisti 51, 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020]

Keski-Pohjanmaa

Aluehallintovirasto (2020) Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Pirkanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta vuonna 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystaloustyöryhmä Soite (2018) Toiminta- ja taloussuunnitelma 2019–2021. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Syrjä V., Parviainen L. & Niemi A. (2019) Terveystaloustyöryhmien avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. Tutkimuksesta tiiviisti 51, 2019. Terveystaloustyöryhmien ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Lappi ja Länsi-Pohja

Aluehallintovirasto (2020) Lapin aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta vuonna 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Kemin kaupunki (2020) Toimintakertomus ja tilinpäätös 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Lapin sairaanhoitopiiri (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2017–2020. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Lapin sairaanhoitopiiri (2018) Toiminta- ja taloussuunnitelma 2019–2021, Talousarvio 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Lohtander, J. (2018) lääkärin yhteensovitettujen palvelujen kokonaisuus Lapin maakunnassa. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri (2018) Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin järjestämissuunnitelma 2018–2025. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri (2020) Tilinpäätös- ja toimintakertomus 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Palo, M. & Moisanen, T. (2019) Sosiaali- ja terveystaloustyöryhmien, Lapin maakunta- ja sote -uudistuksen valmistelu 2016–2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (2018) Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen Lapissa, Toimivan kotihoidon käsikirja. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (2020) Sote-rakenneuudistusta tukeva alueellinen valmistelu Lapissa -hankesuunnitelma 1.1.2020 - 31.10.2021. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Rovaniemen kaupunki (2020) Tilinpäätös 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Saamelaiskäräjät (2020) Saamelaiskäräjien pöytäkirja 1/2020, 27.-28.2.2020. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Savelius-Koski, E. (2019) Recovery-toimintaorientaatio mielenterveystaloustyöryhmien –hanke 2018–2021 (ESR), Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä Lapin mielenterveystaloustyöryhmien nykytilasta ja kehittämistarpeista, Lapin ja Länsi-Pohjan sote-johdon seminaari, Pohtimolampi. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Syrjä V., Parviainen L. & Niemi A. (2019) Terveystaloustyöryhmien avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. Tutkimuksesta tiiviisti 51, 2019. Terveystaloustyöryhmien ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Tiuraniemi, H., Rantajarvi, K-M., Heinonen, H., Silvennoinen, K., Närhi, M., Lehtola, R. & Mäntymäki, T. (2018) Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma – siltaamistoimet maakuntavalmisteluun vuosille 2019–2021. [Verkkolähde](#) [luettu 27.10.2020].

Liitetaulukko 1. Peruspalvelujen alueelliset järjestäjät vuonna 2019.

Taulukossa esitetään kunnat, jotka toimivat alueen perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjinä, sekä ne vastuukunnat ja kuntayhtymät, joille kunta on siirtänyt järjestämisvastuun osittain tai kokonaan. Tiedot perustuvat Kuntaliiton aineistoihin ja luokitteluun. Järjestämistapa on jaoteltu seitsemään eri luokkaan; jaottelussa ei huomioida mahdollisia yksittäisiä poikkeuksia.

Kunnat	Järjestämistapa	Järjestäjä
Pohjois-Pohjanmaa		
Hailuoto	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Kalajoki Merijärvi	vastuukunta (Kalajoki), koko sosiaali- ja terveydenhuolto	Kalajoen ja Merijärven yhteistoiminta-alue
Kempele	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Kuusamo	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Kärsämäki	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Liminka	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Lumijoki	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Muhos	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Oulainen	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Oulu	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Ii Pudasjärvi Utajärvi Vaala	kuntayhtymä, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	Oulunkaaren kuntayhtymä
Alavieska Nivala Sievi Ylivieska	kuntayhtymä, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	Peruspalvelukuntayhtymä Kallio
Haapajärvi Pyhäjärvi	kuntayhtymä, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	Peruspalvelukuntayhtymä Selänne
Pyhäjoki Raahe Siikajoki	kuntayhtymä, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä
Siikalatva	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Haapavesi Pyhäntä	vastuukunta (Haapavesi), koko sosiaali- ja terveydenhuolto	Sosiaali- ja terveystoimi Helmi
Taivalkoski	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Tyrnävä	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Kainuu		
Hyrnsalmi Kajaani Kuhmo Paltamo Ristijärvi Sotkamo Suomussalmi	kuntayhtymä, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
Puolanka	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	

Kunnat	Järjestämistapa	Järjestäjä
Keski-Pohjanmaa		
Halsua Kannus Kaustinen Kokkola Kruunupyy Lestijärvi Perho Toholampi Veteli	kuntayhtymä, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysterveyspalvelukuntayhtymä Soite
Reisjärvi	kuntayhtymä, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	Peruspalvelukuntayhtymä Selänne
Lappi		
Inari	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Kemijärvi	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Kittilä	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Kolari	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Enontekiö Muonio	kuntayhtymä, vain terveydenhuolto	Lapin sairaanhoitopiiri
Pelkosenniemi Savukoski	kuntayhtymä, vain terveydenhuolto	Pelkosenniemen-Savukosken kansanterveystyön ky
Pello	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Posio	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Ranua	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Rovaniemi	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Salla	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Sodankylä	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Utsjoki	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Länsi-Pohja		
Kemi	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Keminmaa	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Simo	kuntayhtymä, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	Oulunkaaren kuntayhtymä
Tervola	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Tornio	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	
Ylitornio	kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto	

Liitetaulukko 2. Seurannan ydinindikaattorit.

Taulukossa esitetään seurantaan valitut ydinindikaattorit erityisvastuualueella. Indikaattorien tulkintaan liittyviä lisätietoja on merkitty tehtäväkokonaisuuksiin yläviitein. Joidenkin indikaattorien tiedoissa on havaittu laatu puutteita. Nämä on merkitty tähdellä (*). Mikäli laatu puute on merkittävä, tietoa ei ole käytetty.

Indikaattori	id	Vuosi	Pohjois-Pohjanmaa	Kainuu	Keski-Pohjanmaa	Lappi	Länsi-Pohja	Koko maa (vaihteluväli)	Lapin maakunta
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen¹									
Alkoholikuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta / 100 000 vastaavanikäistä	3961	2018	765	935	436	947	1013	849 (422–1123)	
Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % 8. ja 9. luokan oppilaista	290	2019	6,1	7,9	5,6	7,8	6,6	8,9 (4,3–11,4)	7,3
Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % lukion 1–2 luokan oppilaista	3922	2019	8,6	6,7	6	8	6,8	14 (6–21,3)	7,5
Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % ammatillisten oppilaitosten 1–2 vuoden opiskelijoista	3937	2019	13,7	19,8	13	16,2	15,6	20,1 (11,5–27,6)	16,1
Lonkkamurtumat 65 vuotta täyttäneillä, % vastaavanikäisestä väestöstä	699	2019	0,6	0,8	0,7	0,5	0,9	0,6 (0,3–0,9)	0,6 *
Työttömien terveystarkastukset, % työttömistä	5274	2019	3,4	24,3	6,2	2,2	7,8	5,2 (0–24,3)	4,1
Sote:n asiantuntijatuki kunnille: osuus kunnista, joiden hyte-työryhmässä on sosiaalipalvelujen edustaja	15.3	2019	84	62	43			79 (43–100)	89
Sote:n asiantuntijatuki kunnille: osuus kunnista, joiden hyte-työryhmässä on terveyspalvelujen edustaja	15.4	2019	80	75	43			77 (43–100)	100
Liikuntaneuvonnan palveluketju käytössä kunnassa	36	2020	64	25	14			58 (14–100)	40
Kuraattoriresurssit: peruskoulu (tuntia viikossa / 100 oppilasta)	23.4a	2019	3,5	4,1	5,6			4,6 (3,5–6,5)	5,5
Kuraattoriresurssit: toinen aste, lukio (tuntia viikossa / 100 oppilasta)	24.4c	2018	3,7	5	5			4,5 (3–7,2)	6,2
Kuraattoriresurssit: toinen aste, ammattillinen perustutkintokoulutus (tuntia viikossa / 100 oppilasta)	27.4c	2018	3,6	4,7	4,6	11,2	3,8	4,6 (2,6–11,2)	
Psykologipalveluresurssit: peruskoulu (tuntia viikossa / 100 oppilasta)	23.3a	2019	1,7	3,5	0,9			3 (0,9–4,1)	1,5
Psykologipalveluresurssit: toinen aste, lukio (tuntia viikossa / 100 oppilasta)	24.3c	2018	2,7	4	1,4			3,1 (0,8–5,3)	2,2
Psykologipalveluresurssit: toinen aste, ammattillinen perustutkintokoulutus (tuntia viikossa / 100 oppilasta)	27.3c	2018	1,5	3,6	0,8	0	0	2,4 (0–3,8)	
Terveydenhoitajaresurssit: äitiys-neuvola (synnytyksiä / kokoaikainen terveydenhoitaja äitiysneuvolassa)	15.1	2018	74,3	62,4	58,9			65 (53,8–75,7)	58,2
Terveydenhoitajaresurssit: lastenneuvola (lapsia / kokoaikainen terveydenhoitaja lastenneuvolassa)	15.3	2018	361,1	384,9	285,1			333,2 (262,1–499,3)	324,6

¹ TEA-tiedonkeruihin pohjautuvat tiedot on raportoitu maakunnittain lukuun ottamatta tietoja toisen asteen ammatillisen perustutkinnon kuraattori- ja psykologiresurssista. Tiedot perustuvat kunnille tehtyyn kyselyyn, ja niissä voi olla alueellisia tietopuutoksia. Tiedot löytyvät osoitteesta teaviisari.fi.

Indikaattori	id	Vuosi	Pohjois-Pohjanmaa	Kainuu	Keski-Pohjanmaa	Lappi	Länsi-Pohja	Koko maa (vaihteluväli)	Lapin maakunta
Terveystieteiden tutkimuskeskukset: koulu-terveydenhuolto (oppilaita / kokonaisaika) kouluterveydenhoitaja)	15.4.	2018	578,9	513,4	515,8			468,9 (408,7–578,9)	408,7
Nuorten fyysinen toimintakyky, % 5. luokan oppilaista, jotka kuuluvat heikoimpaan kolmannekseen	5477	2019	33,8	42,2	46,8	37,4	45,1	36,3 (33,1–46,8)	40,8
Nuorten fyysinen toimintakyky, % 8. luokan oppilaista, jotka kuuluvat heikoimpaan kolmannekseen	5478	2019	33,1	38,3	31,7	37,9	50,5	35,7 (29,4–50,5)	43,8
Ikääntyneiden palvelut									
Somaattisen erikoissairaanhoidon 75 vuotta täyttäneiden vuodeosastohoitopäivät, % 18 vuotta täyttäneiden vastaavista hoitopäivistä	5360	2019	27,1	34,7	37,9	33,7	40,8	37,4 (27,1–48,7)	35,7
Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, osuus (%) vastaavanikäisistä kotihoidon asiakkaista.	5028	2018	39,3	35,5	35,5	41	40,3	36,6 (25–43,3)	40,7
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäivät / 1 000 asukasta	1267	2019	594,3	776,8	470,2	903,5	953,7	430,9 (189,4–963,7)	920,6 *
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	1570	2018	90,6	90,5	90,8	89,9	90,3	91,3 (89,9–93,5)	90,1
Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 30.11., joilla 60–89 kotihoidon käyntiä kuukaudessa (%)	2671	2018	19,8	19,7	26,2	17,9	20,1	20 (16,5–27,8)	18,6
Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 30.11., joilla 90 tai enemmän kotihoidon käyntiä kuukaudessa (%)	2672	2018	19,7	24,6	16,9	14,5	23,6	17,1 (11,4–27,7)	17,7
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	3216	2018	13,4	12,9	10,1	12,4	12,2	11 (7,5–16,2)	12,4
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	3261	2018	7,9	8,4	8,1	9	8,1	7,6 (5,9–9,3)	8,7
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	3262	2019	6,2	9	7,6	8,5	5	4,8 (3,4–9)	7,3 *
Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	3367	2018	1,4	1	1,1	1	1,5	1,1 (0,1–1,8)	1,2
RAI-arvioidut 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, (%) vastaavanikäisestä väestöstä	5517	2019	21,8	22,4	26,2	13,3	10,2	14 (0,4–26,2)	12,2

Indikaattori	id	Vuosi	Pohjois-Pohjanmaa	Kainuu	Keski-Pohjanmaa	Lappi	Länsi-Pohja	Koko maa (vaihteluväli)	Lapin maakunta
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut²									
Lääkäreiden henkilöstömitoitus kouluterveydenhuollossa, oppilasta / henkilötyövuosi	5152	2017	4 581,3	2 935,1	12 065,1	2 998,6	2 921,5	3 457,5 (1 858–12 065)	2 967,9 *
Lääkäreiden henkilöstömitoitus toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa, opiskelijaa per lääkärihenkilötyövuosi	5146	2017	4 175,4	8 382,5	15 344,5	6 316	3 274,4	3 567,6 (2 415–15 345)	4 537 *
Perheitä kodin- ja lastenhoito-palveluissa, % lapsiperheistä, kunnan kustantamat palvelut	3519	2019	4,3	1,9	3,1	1,8	1,4	2,5 (0,6–4,3)	1,7
Uudet lastensuojelun avohuollon asiakkaat (lapsia) ikäjaolla: 0–6-vuotiaat	5486	2019	1,3	1,1	4,7	0,7	0,9	1,3 (0,4–4,7)	0,8 *
Uudet lastensuojelun avohuollon asiakkaat (lapsia) ikäjaolla: 7–12-vuotiaat	5488	2019	1,2	1	4,3	0,6	1,1	1,2 (0,3–4,3)	0,8 *
Uudet lastensuojelun avohuollon asiakkaat (lapsia) ikäjaolla: 13–17-vuotiaat	5487	2019	1,8	1,3	4,6	1,4	2	1,6 (0,5–4,6)	1,6 *
Raskaudenkeskeytykset alle 20-vuotiailla / 1 000 15–19-vuotiaasta naista	5114	2019	5,9	4,6	6	5,3	8,6	6,5 (4,3–10,1)	6,5
Lastenneuvolan laajojen terveys-tarkastusten peittävyys 4-vuotiailla	5005	2019	56	63,7	53,9	58,4	56,1	55 (50,1–64,5)	57,6
Perheitä sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä, % lapsiperheistä, kunnan kustantamat palvelut	3518	2019	5,2	3,5	1,2	1,9	4	3,4 (1,2–6,5)	2,7
Kasvatus- ja perheneuvoloiden lapsiasiakkaat (0–21-vuotiaat) vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä, kunnan kustantamat palvelut	1920	2019	3,7	2	1,6	4,7	2,4	3 (0,4–9,3)	3,9
Erikoissairaanhoidon jonotilanne, lastenpsykiatria, hoitoa odottaneet, vrk, mediaani		2019	61	28	21	0			
Erikoissairaanhoidon jonotilanne, nuorisopsykiatria, hoitoa odottaneet, vrk, mediaani		2019	19	57	27	0			
Perusterveydenhuolto									
Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa 75 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavanikäistä	5070	2019	265,7	579,5	373,8	244,5	847,1	463,1 (8,6–1 010,4)	457,7 *
Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa 75 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavanikäistä	5080	2018	688,2	543	527,3	818,4	811,3	681,7 (11,2–1 359,5)	815,9
Osuus potilaista, joilla on epäspesifisen ylähengitystieinf. dg (J06.9) ja, joille on samassa palvelutapahtumassa määrätty antibiootti (ATC J01)	5374	2019	5,3	6,3	8	7,9	10,6	8,1 (1,7–15,6)	8,4 *

² Erikoissairaanhoidon jonotilanne lastenpsykiatriassa ja nuorisopsykiatriassa -indikaattorien tiedot löytyvät THL:n tilastokuutiosta osoitteesta <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut>.

Indikaattori	id	Vuosi	Pohjois-Pohjanmaa	Kainuu	Keski-Pohjanmaa	Lappi	Länsi-Pohja	Koko maa (vaihteluväli)	Lapin maakunta
Terveyskeskuksen lääkärivastaanoton käyntisyiden kirjausaste	5372	2019	44	63,1	85,4	55	25,5	64,4 (25,5–98,4)	46,8 *
15 vuotta täyttäneiden hoitojaksot sairaalan vuodeosastolla keuhkohtaumataudin vuoksi / 100 000 asukasta, vakioitu	5047	2018	163	93,5	143,5	204,5	149,9	121,7 (88–204,5)	184,9
Paksunsuolen syövän sairastaneiden viiden vuoden suhteellinen elossaololuku	3627	2018	67	62	71	67	72	65 (56–72)	
Sähköiset asiointikäynnit, % perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä	5004	2019	21,8	28,4	21,1	24,3	11,6	22 (11,6–28,4)	20,9 *
Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneet, % terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä	5021	2019	1	0,7	0,4	1,2	0,5	0,9 (0,2–2,7)	1 *
Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaat / 1 000 asukasta	5388	2019	490,4	484,5	445,5	537,8	518,5	474,9 (410,1–565)	531,2 *
Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 3 kk yhteydenotosta, % toteutuneista käynneistä (maaliskuun tilanne)	3175	2019	8,1	0	0	0,4	0,2	2,2 (0–13,3)	0,3 *
Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 7 pv yhteydenotosta, % toteutuneista käynneistä (maaliskuun tilanne)	2676	2019	48,5	52,9	32,8	39,7	73,4	59,2 (24,5–73,4)	50,6 *
Rahoitus ja kustannukset									
Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015–), euroa / asukas	1073	2019	3 486,4	4 407,5	3 696,3	4 254,2	4 163,2	3 481,7 (3 114–4 598,9)	4 223,2
Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	1071	2019	1 303,6	1 846	1 258,2	1 601,4	1 756,6	1 308,6 (1 096–1 846)	1 654,2
Perusterveydenhuollon avohoidon (pl. suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	3766	2019	457,9	507,2	437,8	494,3	460,6	378,3 (309,3–507,2)	482,8
Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot, indeksi	5064	2018	99	107	100	107	103	100 (88–113)	
Korvattujen lääkkeiden kustannukset, euroa / asukas	3225	2019	374,8	426,4	388,4	437,7	399,7	377,1 (317,1–460,2)	424,8
Vuosikate, euroa / asukas	3178	2019	185	857	197	49	-97	316 (-97–857)	0
Vuosikate, % poistoista	465	2019	47,8	201	63	14,2	-35,8	75,5 (-35,8–201)	-0,1
Lainakanta, euroa / asukas	3180	2019	3 958	3 602	4 923	3 513	3 300	3 342 (2 533–5 133)	3 440

Indikaattori	id	Vuosi	Pohjois-Pohjanmaa	Kainuu	Keski-Pohjanmaa	Lappi	Länsi-Pohja	Koko maa (vaihteluväli)	Lapin maakunta
Mielenterveys- ja päihdepalvelut ja työikäisten sosiaalipalvelut									
Työttömien aktivointiaste, %	5098	2019	31,7	32,3	38,7	26,1	33,2	33,2 (26,1–40,3)	28,7
Kunnan osarahoittama työmarkkinatuki, euroa/asukas	4218	2019	71,3	68,5	39,9	61,6	58,4	69,7 (37,8–97,7)	60,5
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja, % väestöstä; vakioimaton	685	2019	2,1	2,3	1,7	1,9	1,8	1,9 (1,5–2,8)	1,9
Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 18–24-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä	2346	2019	31	29,2	31,7	28,4	22,5	23,9 (16,4–33)	26,6
Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 25–64-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä	2345	2019	33,1	29,8	31,4	33,6	26,5	26,5 (21,9–33,6)	31,3
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat 18–34-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	5032	2019	2,3	2,4	2,1	2	2,4	1,7 (1,2–2,8)	2,1
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat 25–64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	2422	2019	4,4	4,8	3,5	4,2	4,8	3,4 (2,4–5,1)	4,4
Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit / 1 000 18 vuotta täyttäneitä	3075	2019	663,7	985,6	591,9	740,2	644,8	554,1 (280,1–985,6)	708,1 *
Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 18–24-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä	2567	2019	331	716	433,5	207,5	181,1	309,7 (147,8–716)	199,2 *
Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 25–64-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä	2568	2019	218,7	337,4	276,4	150,2	181	254,7 (106,1–398,5)	160,3 *
Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 65 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavanikäistä	2914	2019	127,2	148,7	74,6	61	88,4	151,4 (54,5–283,6)	70,9 *
Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat / 1 000 asukasta	1270	2019	0,8	0,3	4,1	0,4	2,7	2,2 (0,3–6,8)	1,2
Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat / 1 000 asukasta	1278	2019	5,7	7,2	6,5	6,9	5,9	5,4 (3–7,9)	6,5
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 18–24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	1275	2019	1,8	1,9	1,3	1,2	1,9	3,1 (1,2–4,3)	1,4
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 25–64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	234	2019	1,8	1,8	1,4	1,5	2	2,7 (1,4–3,4)	1,7
Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito									
Ensihoitotehtävät / 1 000 as	5269	2019	173,5	261,7	160,2	211,6	218,4	146,8 (108,5–261,7)	
Ensihoito tavoittamis aika minuutteina, A-kiireellisyys, taajaman ulkopuolella, mediaani	3977	2019	13,8	14,6	12,7	21,7	15,6	15 (12,7–21,7)	

Indikaattori	id	Vuosi	Pohjois-Pohjanmaa	Kainuu	Keski-Pohjanmaa	Lappi	Länsi-Pohja	Koko maa (vaihteluväli)	Lapin maakunta
Erikoissairaanhoidon saapuvien läheteet / asukas	5073	2019	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2 (0,2–0,4)	
Hoito henkilökunnan influenssarokotuskattavuus erikoissairaanhoidossa	5358	2018	89	86	88	92	95	87 (57–95)	
Päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneet 18 vuotta täyttäneet potilaat, % päivystyksessä hoidetuista ja sieltä kotiutetuista vastaavanikäisistä potilaista	5104	2018	13,7	16,5	11,4	19,4	18,9	16,4 (5,4–24,8)	19,2
Päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneet alle 18-vuotiaat potilaat, % päivystyksessä hoidetuista ja sieltä kotiutetuista vastaavanikäisistä potilaista	5244	2018	8,8	8,2	8,5	9,4	7,8	9,5 (4,3–15,2)	8,7
Ratkaistut korvattavat potilasvahingot / 100 000 hoitojaksoa	5052	2019	165,9	241,4	149,1	216,1	234,2	172,2 (115,3–255,2)	
Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit 18 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavan ikäistä	5240	2019	1 644,8	1 813,8	2 212,7	1 677,6	2 490,8	1 710,1 (1 386–2 490,8)	1 951,3
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitojaksot 18 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavan ikäistä	5344	2018	133,7	172,7	169,1	169,4	204,6	149,2 (118,2–204,6)	181,4
Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa (kaikki ikäryhmät) / 1 000 asukasta	5077	2019	136,3	234,4	202,8	115,5	429,3	204 (9,2–626,8)	222,3 *
Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit 0–17-vuotiailla / 1 000 vastaavan ikäistä	5076	2019	848,4	1 080,4	1 227,8	1 009,2	1 146,1	995,8 (764–1 716,5)	1 058,1
Somaattista erikoissairaanhoidoa 31.12. odottavien odotusaika, mediaani	5083	2019	47	42	41		42		
Suun terveydenhuolto									
Suun terveydenhuollon aikuiset asiakkaat, joilla yli viisi hammaslääkärikäyntiä vuodessa, % hammaslääkäreiden aikuisista asiakkaista	5026	2019	7	7,6	6,3	6,5	2	6,5 (2–9,1)	5,4 *
Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hammaslääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 21 pv yhteydenotosta, % toteutuneista käynneistä (lokakuu)	2498	2019	50,4	80,4	49,6	38,3	31,8	49,6 (30,6–80,4)	37,8 *
Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa yhteensä / 1 000 asukasta	2462	2019	1 081	1 093	1 151	848	501	904 (501–1 183)	730 *
Kelan 18 vuotta täyttäneille korvaamat yksityisen hammashoidon käynnit (hammaslääkäri ja suuhygienisti-käynnit yhteensä) / 1 000 asukasta	5264	2019	405,3	348,3	402,3	313,7	380,5	510,1 (313,7–624,6)	336,2
Hampaiden harjaus harvemmin kuin kahdesti päivässä, % 8. ja 9. luokan oppilaista	3719	2019	42,8	40,7	43,2	45,3	45,7	40,8 (35,4–48)	45,4

Indikaattori	id	Vuosi	Pohjois-Pohjanmaa	Kainuu	Keski-Pohjanmaa	Lappi	Länsi-Pohja	Koko maa (vaihteluväli)	Lapin maakunta
Suun terveydenhuollon asiakkaat, joilla ei karies- eikä ien hoidon tarvetta, %	5003	2019	54,1	73,9	53,8	59,5	83,9	63,1 (44,6–83,9)	67,5 *
Suun terveydenhuollon DMF-indeksi, 12-vuotiaat	5037	2019	1,1	3	7	0,8	1,1	0,9 (0,4–7)	0,9
Terveydensuojelu									
Clostridium difficile -ripulitapauksia / 100 000 asukasta	4112	2018	109,9	128,7	133,9	117,6	125,9	78,3 (54,2–133,9)	120,4
Kurkkumätä-, jäykkäkouristus-, hinkuyskä-, polio- (DTaP-IPV-Hib) rokotussarjan toteutuminen	3868	2019	90,6	93,7	94,2	91,9	89,3	90,4 (81,2–95,3)	91,1
Papilloomavirus- eli HPV-rokotuskattavuus, tytöt	3869	2019	43	45,6	54	52,6	51,9	60 (43–76,3)	52,4
Influenssarokotuskattavuus, 65 vuotta täyttäneet	3867	2019	38,5	50,1	43,7	50,8	48	49,6 (37,8–59)	49,8
Antibioottien vuosikulutus DDD (defined daily dose) / 1 000 asukasta / vrk	5113	2018	13,9	15,7	14,9	15,5	13,5	15,5 (12,8–18,4)	
Tuhkarokko-, vihurirokko- ja sikotautirokotuskattavuus eli MPR-rokotteen 1. annoksen kattavuus	3866	2019	94,7	94,7	96,3	95,5	95,7	94,2 (89,6–97,9)	95,6
Vähintään yhden kurkkumätä-, jäykkäkouristus-, hinkuyskä-, polio- ja Hib- (DTaP-IPV-Hib) -rokotuksen saaneet lapset	5266	2019	98,6	98,8	99,2	99,3	99,6	98,5 (94,5–99,6)	99,4
Kurkkumätä-, jäykkäkouristus- ja hinkuyskä- eli dtap-rokotuskattavuus, 14–16-vuotiaat	3871	2019	86,9	89,4	91,1	90,4	93,5	87,3 (75,9–93,5)	91,6
C-hepatiitti-infektioita (kaikki tartuntatavat yhteensä) / 100 000 asukasta	3172	2018	23,4	10,9	6,4	23,9	31,1	21,2 (6,4–31,1)	26,3
Vammaisten palvelut³									
Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen saajia vuoden aikana / 100 000 asukasta	381	2019	1 139	3 377,3	2 010,2	1 928,7	2 628,7	1 635,4 (1 021–3 377,3)	2 167 *
Kehitysvammaisten autetun asumisen asiakkaat 31.12. / 100 000 asukasta	2828	2018	187,3	224,5	216,2	230,1	207,6	157 (121,1–282,5)	222,4
Tukipalveluja vuoden aikana saaneista kuljetuspalveluja saaneet, kunnan kustantamat palvelut / 100 000 asukasta	3462	2019	555	687	1393	438	68	392 (15–1 393)	312 *
Vaikeavammaisten palveluasumisen piirissä asiakkaita vuoden aikana / 100 000 asukasta	3603	2019	111,4	188,1	174,6	210,5	109,5	113,9 (73,6–234,4)	176,1
Vammaisille myönnettävät palvelut ja tuet / 100 000 asukasta	5275	2018	3 127,6	5 803,4	4 660,9	4 437,2	5 031,7	3 416,3 (2 820–5 803,4)	4 640,9

³ Vammaispalvelujen indikaattorien (3462, 381, 3427, 385) tietosisältöä on laajennettu. Osassa alueista vuoden 2019 tiedot eivät ole edellisvuosiin nähden vertailukelpoisia.

Indikaattori	id	Vuosi	Pohjois-Pohjanmaa	Kainuu	Keski-Pohjanmaa	Lappi	Länsi-Pohja	Koko maa (vaihteluväli)	Lapin maakunta
Kehitysvammaisten tuetun ja ohjatun asumisen asiakkaat 31.12. / 100 000 asukasta	5283	2018	90,9	217,6	41,2	101,4	101,4	67,7 (3,9–217,6)	101,4
Kehitysvammalaitosten pitkäaikaisasiakkaat 31.12. / 100 000 asukasta	2319	2018	2,2	6,8	3,9	33,2	13,1	9,4 (1,4–33,9)	26,3
Vaikeavammaisten kuljetuspalveluissa 65 vuotta täyttäneitä asiakkaita vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut / 100 000 vastaavanikäistä	3427	2019	3 338,3	8 198,6	5 319,8	4 665,6	6 837,2	4 681,2 (2 987–8 198,6)	5 447,1 *
Henkilökohtaisen avun asiakkaita vuoden aikana / 1000 asukasta	385	2019	457,7	708,1	741,2	674,3	887,3	488,5 (338–956,3)	746,8 *